

AUS DEM LEHRSTUHL
FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE
PROF. DR. MED. H. E. KLEIN
DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER UNIVERSITÄT REGENSBURG

**GEBRAUCH
PSYCHOTROPER SUBSTANZEN
DURCH JUGENDLICHE
IN STADT UND LANDKREIS
REGENSBURG**

Inaugural – Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
Medizinischen Fakultät
der Universität Regensburg

vorgelegt von:
Michael Penth

2009

Dekan:	Prof. Dr. Bernhard Weber
1. Berichterstatter:	PD Dr. Norbert Wodarz
2. Berichterstatter:	Prof. Dr. Ulrich Bogdahn
Tag der mündlichen Prüfung:	24.11.2009

“Childhood and adolescence are times of experimentation, exploration, curiosity and search for identity. Such quests can involve risk taking. At times, this is manifested in risks to personal health, such as the use of alcohol, tobacco, pharmaceuticals, inhalants, illicit drugs and other psychoactive substances.”

(WHO 1997)

INHALTSVERZEICHNIS

Seite

1 Einleitung.....	1
2 Material und Methoden.....	4
2.1 Aufbau des Fragebogens.....	4
2.2 Genehmigung und Auflagen.....	5
2.3 Befragung der Schüler.....	5
2.4 Zusammenfassung der Daten.....	6
2.5 Kontrolle der Plausibilität.....	6
2.6 Sicherstellung der Repräsentativität.....	6
2.7 Einteilung der Schüler in Gruppen.....	7
2.8 Statistische Auswertung.....	8
3 Ergebnisse.....	9
3.1 Soziodemographische Grunddaten.....	9
3.2 Konsumentengruppen.....	10
3.3 Konsumverteilungsmuster.....	10
3.3.1 30-Tage-Prävalenz.....	10
3.3.2 Lebenszeit-, Jahres- und 30-Tage-Prävalenz.....	13
3.4 Konsum und Alter.....	16
3.5 Konsumhäufigkeit und Mengen.....	18
3.5.1 Häufigkeit eines Alkoholrausches.....	18
3.5.2 Binge Drinking.....	19
3.5.3 Konsum am letzten Wochenende und während der letzten Woche.....	21
3.6 Konsumumfeld der Schüler.....	24
3.6.1 Substanzkonsum der Eltern.....	24
3.6.2 Substanzkonsum von Freunden und Bekannten.....	26
3.6.3 Druck zum Substanzkonsum durch Freunde oder Bekannte.....	29
3.7 Verfügbarkeit illegaler Drogen.....	30
3.8 Bereitschaft zum Konsum illegaler Drogen.....	31
3.9 Gründe für und gegen den Konsum illegaler Drogen.....	33
3.9.1 Gründe für den Konsum illegaler Drogen.....	33
3.9.2 Gründe gegen den Konsum illegaler Drogen.....	35
3.10 Gründe für das Rauchen und Nichtrauchen.....	37
3.10.1 Gründe für Raucher, zu rauchen.....	37
3.10.2 Gründe für Raucher, trotz Gesundheitsgefährdung zu rauchen.....	38
3.10.3 Haltung der Freunde zum eigenen Rauchen.....	39
3.10.4 Gründe für Nichtraucher, nicht zu rauchen.....	40
3.11 Wissen über Suchtmittel.....	41
3.11.1 Informationsquellen über Suchtmittel.....	41
3.11.2 Informationsstand über Suchtmittel.....	43
3.11.3 Informationsstand über Suchtkrankenhilfe.....	44
3.11.4 Kenntnis von Orten des Erwerbs illegaler Drogen.....	45
3.11.5 Einschätzung der Gefährlichkeit von Suchtmitteln.....	46

II

3.12 Gesundheitsbewusstsein.....	49
3.13 Problembewältigungsstrategien.....	50
3.14 Freizeitaktivitäten.....	52
3.15 Suchtmittelabhängigkeit.....	53
3.15.1 Allgemeines.....	53
3.15.2 Alkoholabhängige.....	56
3.15.3 Nikotinabhängige.....	58
3.16 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS).....	58
3.16.1 Allgemeines.....	58
3.16.2 ADHS und Substanzkonsum.....	60
3.16.3 Konsumumfeld bei ADHS-typischer Symptomatik.....	61
3.16.4 Konsummotive bei ADHS-typischer Symptomatik.....	61
3.16.5 Problembewältigungsstrategien und Freizeitverhalten.....	63
3.17 Einflussfaktoren auf den Konsum illegaler Drogen.....	64
4 Diskussion.....	68
4.1 Vergleich mit den Regensburger Erhebungen von 1999 und 2002.....	68
4.2 Vergleich mit anderen Erhebungen.....	70
4.3 Konsumverteilungsmuster in Regensburg.....	72
4.4 Alkoholkonsum.....	75
4.4.1 Allgemeines.....	75
4.4.2 Aktueller Konsum.....	75
4.4.3 Lebenszeit- und Jahresprävalenz.....	77
4.5 Nikotinkonsum.....	81
4.5.1 Allgemeines.....	81
4.5.2 Aktueller Konsum.....	81
4.5.3 Lebenszeit- und Jahresprävalenz.....	85
4.6 Konsum illegaler Drogen.....	87
4.6.1 Allgemeines.....	87
4.6.2 Aktueller Konsum.....	88
4.6.3 Lebenszeit- und Jahresprävalenz.....	90
4.7 Konsum und Alter.....	95
4.7.1 Alter bei Erstkonsum.....	95
4.7.2 Abstinente und Konsumenten illegaler Drogen in den Altersgruppen.....	96
4.8 Konsumhäufigkeit und Mengen.....	98
4.8.1 Häufigkeit eines Alkoholrausches.....	98
4.8.2 Binge Drinking.....	99
4.8.3 Konsummenge von Alkohol.....	101
4.9 Konsumumfeld der Schüler.....	103
4.9.1 Substanzkonsum der Eltern.....	103
4.9.2 Substanzkonsum von Freunden und Bekannten.....	104
4.9.3 Druck zum Substanzkonsum durch Freunde oder Bekannte.....	105
4.10 Verfügbarkeit illegaler Drogen.....	105
4.11 Bereitschaft zum Konsum illegaler Drogen.....	107
4.12 Gründe für und gegen den Konsum illegaler Drogen.....	109
4.12.1 Gründe für den Konsum illegaler Drogen.....	109
4.12.2 Gründe gegen den Konsum illegaler Drogen.....	111

III

4.13 Gründe für das Rauchen und Nichtrauchen.....	112
4.13.1 Gründe für Raucher, zu rauchen.....	112
4.13.2 Gründe für Raucher, trotz Gesundheitsgefährdung zu rauchen.....	114
4.13.3 Haltung der Freunde zum eigenen Rauchen.....	114
4.13.4 Gründe für Nichtraucher, nicht zu rauchen.....	115
4.14 Wissen über Suchtmittel.....	116
4.14.1 Informationsquellen über Suchtmittel.....	116
4.14.2 Informationsstand über Suchtmittel.....	117
4.14.3 Informationsstand über Suchtkrankenhilfe.....	117
4.14.4 Kenntnis von Orten des Erwerbs illegaler Drogen.....	118
4.14.5 Einschätzung der Gefährlichkeit von Suchtmitteln.....	119
4.15 Gesundheitsbewusstsein.....	121
4.16 Problembewältigungsstrategien.....	123
4.17 Freizeitaktivitäten.....	124
4.18 Suchtmittelabhängigkeit.....	125
4.18.1 Alkoholabhängigkeit/-missbrauch.....	125
4.18.2 Nikotinabhängigkeit.....	126
4.19 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS).....	127
4.20 Einflussfaktoren auf den Konsum illegaler Drogen.....	130
4.21 Folgerungen aus den Ergebnissen der Regensburger Studie.....	133
4.21.1 Alkohol und Nikotin.....	133
4.21.2 Illegale Drogen.....	138
4.21.3 Wissen über Suchtmittel.....	142
4.21.4 Geschlechtsspezifische und regionale Unterschiede.....	144
4.21.5 Folgerungen für die Planung suchtpreventiver Maßnahmen.....	146
 5 Zusammenfassung.....	 150
5.1 Ausgewählte Ergebnisse.....	150
5.2 Vergleich mit anderen Erhebungen.....	152
5.3 Folgerungen für die Planung suchtpreventiver Maßnahmen.....	154
 6 Literaturverzeichnis.....	 156
 7 Anhang.....	 165
7.1 Erhebungsbogen.....	165

1 Einleitung

Der Gebrauch psychotroper Substanzen und die Folgen des Drogenkonsums stellen ein bedeutendes gesellschaftspolitisches Problem dar. Die Anzahl der Nikotinabhängigen in Deutschland betrug im Jahr 2005 3,8 Millionen, es folgten die Alkoholabhängigen mit 1,3 Millionen und die Abhängigen von Cannabis mit 220 000 (Kraus, 2008).

John und Hanke (2003) zufolge belief sich die Zahl der alkoholbedingten Todesfälle in Deutschland im Jahr 1997 auf 73 714, davon waren 26% auf Alkohol allein und 74% auf den Konsum von Tabak und Alkohol zurückzuführen. Neubauer et al. (2006) schätzte 115 000 tabakbedingte Todesfälle bezogen auf das Jahr 2003, nach Angaben der Falldatei Rauschgift verstarben im Jahr 2006 1296 Menschen durch den Konsum illegaler Drogen (BKA, 2007).

Diese Zahlen machen deutlich, dass die Prävention auf dem Gebiet des Suchtmittelgebrauchs von großer Bedeutung für die Gesellschaft ist.

Neben strukturellen Maßnahmen mit dem Ziel einer Kontrolle des Substanzangebotes sollte sich die kommunikative Suchtprävention dabei zunächst an Personen richten, bei denen noch kein Erstkontakt mit Rauschmitteln stattgefunden hat, also primär an Kinder und Jugendliche. Erst in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts wurde damit begonnen, die Prävention auf dem Gebiet des Suchtmittelkonsums nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten zu planen und zu evaluieren (Botvin, 2000). Das Wissen über die Entstehungsmechanismen des Konsums, des Missbrauchs und der Abhängigkeit von Drogen wuchs insbesondere in den letzten Jahrzehnten infolge von Längsschnittuntersuchungen, mit deren Hilfe man eine Vielzahl von Variablen identifizieren konnte, die auf den Suchtmittelkonsum und/oder damit verbundene Störungen einwirken. Durch Einführung des Sequenzpostulats von Kandel, welche darauf hinwies, dass der Einstieg über allgemein zugängliche „Alltagsdrogen“ wie Zigaretten und Alkohol ein „allmähliches Hineinrutschen“ in den Gebrauch von illegalen Drogen begünstige (Kandel, 1975), wurde das Verständnis von Suchtprävention nachhaltig beeinflusst. Aktuelle Programme, die auf dieser Theorie basieren, sind von einer alleinigen Fokussierung auf illegale Drogen abgekommen und zielen zunehmend auf Alltagsdrogen. Eine Kombination mit Konzepten zur Verbesserung der Gesundheits- und Lebenskompetenz (psychosoziale Interventionen) scheint hierbei größere Veränderungen herbeizuführen als reine aufklärungs- oder kompetenzorientierte Programme (Hawks et al., 2002).

Um suchtpräventive Maßnahmen gezielt planen und gestalten zu können, ist die Kenntnis von Daten über den Substanzgebrauch sowie von Konsummotiven und Einflussfaktoren auf den Drogenkonsum dringend erforderlich. Aus diesem Grunde wird von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in regelmäßigen Abständen eine Studie zur Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt. So können seit 1973 nationale Entwicklungen erkannt und präventionsrelevante Zielgruppen identifiziert werden.

Im Jahr 1999 erfolgte erstmals eine Befragung der Schüler aller 9. Klassen im Stadtgebiet Regensburg über den Gebrauch psychoaktiver Substanzen. Die erhobenen Daten über das Konsumverhalten einer repräsentativen Querschnittsprobe von Jugendlichen unterschieden sich zum Teil erheblich von den Ergebnissen der bundesweiten Studien.

2002 und aktuell 2006 wurde die Studie wiederholt, wobei seit 2002 auch die weiterführenden Schulen des Landkreises in die Erhebung mit einbezogen wurden, um Vergleiche zwischen den Schülern in der Stadt und im Umland anstellen zu können.

Bei der aktuellen Regensburger Studie wurde das Wissen der Schüler über Suchtmittel, (Informationsquellen, Informationsstand), Suchtkrankenhilfe und Orte der Drogenszene erfasst, es folgten Fragen zum Gesundheitsbewusstsein, zu Problemlösungsstrategien und zum Freizeitverhalten. Die Fragen zum Konsumverhalten umfassten die 30-Tage-, Jahres- und Lebenszeitprävalenzen von Zigaretten, Alkohol, legalen und illegalen Drogen sowie die Konsumhäufigkeiten und konsumierten Mengen der einzelnen Substanzen. Schließlich wurden die Kriterien der Abhängigkeit von ausgewählten Substanzen nach dem DSM-IV und der ICD 10 erfragt und daraus der Anteil der Abhängigen ermittelt. Das Konsumumfeld der Schüler wurde abgebildet mit Fragen nach dem wahrgenommenen Konsumverhalten von Eltern und im Freundeskreis sowie dem empfundenen Druck zum Substanzkonsum durch Freunde oder Bekannte. Die Studie beinhaltete Items zu Konsummotiven in Bezug auf den Konsum illegaler Drogen und das Zigarettenrauchen, zur Probierbereitschaft gegenüber illegalen Drogen und zur Verfügbarkeit illegaler Drogen. Des Weiteren sollte herausgefunden werden, ob Symptome eines ADHS bereits bei Jugendlichen zu einem erhöhten Risiko für den Gebrauch psychotroper Substanzen beitragen können. Entsprechend wurden erstmals auch Fragen zum Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS), die sich auf die Diagnosekriterien des DSM-IV und der ICD 10 bezogen, in die Untersuchung integriert.

Durch einen Vergleich des Konsumverhaltens in den Untergruppen Jungen vs. Mädchen, Stadt vs. Umland, Raucher vs. Nichtraucher, Konsumenten illegaler Drogen vs. Abstinente bzw. Nichtkonsumenten illegaler Drogen sowie Schüler mit und ohne Symptome eines ADHS nach DSM-IV sollten präventionsrelevante Zielgruppen identifiziert werden.

Durch Anwendung einer multiplen logistischen Regressionsanalyse wurden Einflussfaktoren auf den Konsum illegaler Drogen ermittelt.

Die aktuellen Daten wurden mit denjenigen der Erhebungen von 2002 und 1999 verglichen, um Entwicklungen des Konsumverhaltens und weiterer untersuchter Inhalte zu erkennen.

Ein Vergleich mit anderen regionalen, nationalen und internationalen Studien ermöglichte eine Einordnung der Regensburger Daten in einen größeren Rahmen.

Aus den Ergebnissen wurden abschließend Schlussfolgerungen für die Planung künftiger suchtpreventiver Maßnahmen angestellt.

Vermutlich aufgrund der Tatsache, dass Daten, die im eigenen sozialen Umfeld erhoben wurden, eine größere Aufmerksamkeit erfahren als überregionale Zahlen, haben bereits die vorausgegangenen Befragungen in der Region ein reges Interesse hervorgerufen.

So ist zu hoffen, dass die vorliegende Studie insbesondere an den beteiligten Schulen eine Auseinandersetzung mit dem Thema bewirkt und dadurch selbst zur Suchtprävention beiträgt.

2 Material und Methoden

2.1 Aufbau des Fragebogens

Im Frühjahr 2006 wurde zum dritten Mal nach 1999 und 2002 eine Befragung der Schüler der 9. Klassen in Stadt und Landkreis Regensburg über den Konsum psychoaktiver Substanzen durchgeführt. Es ist zu erwähnen, dass 1999 lediglich Daten aus dem Stadtgebiet erhoben worden waren, die Schüler aus dem Umland wurden 2002 erstmals in die Erhebung mit einbezogen. Im Rahmen ihrer Dissertation wurden von Birgit Kraus Vorschläge zu einer geringen Modifikation des Fragebogens aus dem Jahre 2002 erarbeitet und der empfohlene Erhebungsbogen mit einigen Ergänzungen für die aktuelle Studie herangezogen (Kraus, 2004).

Der Fragebogen enthielt 29 Items, die teilweise an die Umfrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) „Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland“ angelehnt waren, um einen Vergleich mit bundesweit erhobenen Daten zu ermöglichen.

Nach Angaben zu Alter, Geschlecht und Schultyp wurde das Wissen der Schüler über Suchtmittel, Suchtkrankenhilfe und Orte der Drogenszene erfasst, es folgten Fragen zum Gesundheitsbewusstsein, zu Problemlösungsstrategien und zum Freizeitverhalten.

Bei den anschließenden Fragen zum Konsumverhalten umfassten die zur Auswahl stehenden Substanzen Zigaretten, Wein, Bier, alkoholische Mischgetränke (Cocktails, Cola-Rum, Alkopops u. a.), Schnaps, Haschisch bzw. Marihuana, Ecstasy, Speed, LSD, Heroin, Kokain, Beruhigungsmittel, Schnüffelfstoffe, Anabolika, Mittel zum Abnehmen, Schmerzmittel, Antidepressiva, Neuroleptika und andere vom Arzt nicht verordnete Medikamente.

Die Häufigkeit des Konsums wurde für die Zeiträume Lebenszeit, letztes Jahr und letzter Monat erfragt, außerdem erfasst wurden die Mengen konsumierter Substanzen innerhalb der vorausgegangenen Woche und am Wochenende vor der Erhebung, die Häufigkeit eines Konsums von jeweils mehr als fünf Gläsern Bier, Wein, alkoholische Mischgetränke und Schnaps im letzten Monat („binge drinking“) und die Häufigkeit eines jemals erlebten Alkoholrausches. Schließlich wurden die Kriterien der Abhängigkeit von ausgewählten Substanzen nach den Diagnosesystemen DSM-IV bzw. ICD 10 erfragt.

Der Fragebogen beinhaltete Items zu Konsummotiven in Bezug auf das Zigarettenrauchen und den Konsum illegaler Drogen, zur Probierbereitschaft gegenüber illegalen Drogen und zur Verfügbarkeit illegaler Drogen.

Das Konsumumfeld der Schüler wurde abgebildet mit Fragen nach dem wahrgenommenen Konsumverhalten von Eltern und im Freundeskreis sowie dem empfundenen Druck zum Substanzkonsum durch Freunde oder Bekannte.

Erstmals wurden auch Fragen zum Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS), die sich auf die Diagnosekriterien des DSM-IV und der ICD 10 bezogen, in den Fragebogen integriert.

2.2 Genehmigung und Auflagen

Die Studie wurde vom bayerischen Kultusministerium im 3-Jahresrhythmus genehmigt. Auflage war eine anonyme Datenerhebung, so dass keine Identifizierung einzelner Schüler oder Schulen möglich war.

2.3 Befragung der Schüler

Wie bei den vorausgegangenen Studien wurde die Befragung durch die Arbeitsgruppe B (Bereich Suchtprävention) des Suchtarbeitskreises Regensburg organisiert und im Frühjahr 2006 an allen weiterführenden Schulen in Stadt und Landkreis Regensburg durchgeführt.

Die Fragebögen wurden von der Arbeitsgruppe B des Suchtarbeitskreises den zuständigen Schulämtern und Ministerialbeauftragten übergeben und von diesen an die Schulleiter der einzelnen Schulen verteilt, sofern die Schulleiter nach vorausgegangener Information über die Befragung ihre Zustimmung zur Teilnahme bekundet hatten.

Die Befragung der Schüler erfolgte freiwillig und unter strikter Wahrung der Anonymität. Das Ausfüllen der Fragebögen unter den Bedingungen einer Klassenarbeit wurde entweder von den Vertrauenslehrern für Drogenangelegenheiten oder im Rahmen des Schulunterrichts von Klassenlehrern beaufsichtigt. Die ausgefüllten Fragebögen wurden im Anschluss ohne Namensnennungen der Schüler bei den Schulleitungen abgegeben und von diesen an die Arbeitsgruppe B zurückgeschickt.

2.4. Zusammenfassung der Daten

Die Antwortmöglichkeiten des Fragebogens wurden vom wissenschaftlichen Leiter der Studie mit dem Computerprogramm „Excel“ in Variable kodiert und die Antworten auf den zurück erhaltenen Fragebögen von Schülern der Berufsschule Regensburg im Rahmen ihres Informatikunterrichtes in das Programm Excel eingefügt. Die auf diese Weise erstellten Tabellen wurden anschließend zu einer einzigen Datenbank zusammengeführt.

2.5 Kontrolle der Plausibilität

In der Stadt Regensburg nahmen die Schüler der 9. Klassen aller 8 Gymnasien, aller 5 Realschulen und aller 6 Hauptschulen an der Befragung teil. Im Umland beteiligten sich die Schüler des einzigen Gymnasiums, beider Realschulen und aller 16 Hauptschulen.

Von den insgesamt 3194 Schülern in Stadt und Landkreis Regensburg wurden nach Zufallsauswahl eines Anteils von 75,8% ($n = 2422$) und Abzug der fehlenden oder nicht auswertbaren Fragebögen ($n = 162$) schließlich 2260 Fragebögen (70,8%) in das Programm Excel eingegeben. Es wurden nun zunächst alle Werte, die nicht vorgegebenen Kodierungen entsprachen entfernt und als fehlend deklariert. Anschließend wurden alle Fragebögen mit 5 oder mehr unplausiblen Angaben sowie alle Fragebögen mit einer Altersangabe unter 14 und über 17 Jahren aus der Datenbank entfernt. Als unplausibel wurden außerdem Fälle, bei denen das Alter des Erstkonsums bestimmter Substanzen über dem Lebensalter lag, angenommen. Insgesamt wurden auf diese Weise 47 Fragebögen aus der Analyse entfernt, was auf einen hohen Wahrheitsgehalt der Angaben der Schüler schließen ließ.

2.6 Sicherstellung der Repräsentativität

Zur Sicherstellung der Repräsentativität musste der prozentuale Anteil der eingegebenen Fragebögen jedes Schultyps nach Kontrolle der Plausibilität dem Prozentsatz des Schultyps mit der niedrigsten Teilnahmequote angepasst werden. Dieser betrug in der Stadt 56,1% (Realschulen) und im Umland 67,7% (Gymnasium). Nach Abzug einer Zufallsauswahl an Fragebögen höherprozentiger Schultypen wurden schließlich 1058 Fragebögen aus der Stadt und 884 Fragebögen aus dem Umland, d. h. insgesamt 1942 von ursprünglich 2213 nach der Plausibilitätskontrolle verbliebenen Fragebögen in die Auswertung mit einbezogen.

Tab. 1: Sicherstellung der Repräsentativität - Stadt

	Schüler gesamt	Eingegebene Fragebögen	Fragebögen in der Datenbank nach Kontrolle der Plausibilität	Fragebögen in der Datenbank in Prozent von Gesamt	Ausgewertete Fragebögen (jeweils 56,1% von Gesamt)
Gymnasien	888	602	591	66,6%	498
Realschulen	453	260	254	56,1%	254
Hauptschulen	546	432	421	77,1%	306
Gesamt	1887	1294	1266	67,1%	1058

Tab. 2: Sicherstellung der Repräsentativität - Land

	Schüler gesamt	Eingegebene Fragebögen	Fragebögen in der Datenbank nach Kontrolle der Plausibilität	Fragebögen in der Datenbank in Prozent von Gesamt	Ausgewertete Fragebögen (jeweils 67,7% von Gesamt)
Gymnasien	164	123	111	67,7%	111
Realschulen	290	238	233	80,3%	196
Hauptschulen	853	605	603	70,7%	577
Gesamt	1307	966	947	72,5%	884

2.7 Einteilung der Schüler in Gruppen

Die Schüler wurden entsprechend ihrer Angaben zum Substanzkonsum im letzten Monat mehreren Gruppen zugeteilt:

- Aktuelle Raucher ($n = 884$) und Nichtraucher ($n = 1058$): Die aktuellen Raucher hatten angegeben, im letzten Monat mindestens einmal Zigaretten geraucht zu haben, während die aktuellen Nichtraucher für diesen Zeitraum „nie“ angegeben hatten.
- Aktuelle Konsumenten ($n = 1538$) und Nichtkonsumenten ($n = 404$) von Alkohol: Die aktuellen Konsumenten von Alkohol hatten angegeben, im letzten Monat mindestens einmal Wein, Bier, Schnaps oder alkoholische Mischgetränke getrunken zu haben, während die aktuellen Nichtkonsumenten von Alkohol für diesen Zeitraum „nie“ angegeben hatten.

- Aktuelle Konsumenten ($n = 233$) und Nichtkonsumenten ($n = 1697$) illegaler Drogen: Die aktuellen Konsumenten illegaler Drogen hatten angegeben, im letzten Monat mindestens einmal eine der Drogen Cannabis (Haschisch bzw. Marihuana), Ecstasy, Speed, LSD, Heroin oder Kokain eingenommen zu haben, während die aktuellen Nichtkonsumenten von illegalen Drogen für diesen Zeitraum „nie“ angegeben hatten.
- Aktuelle Abstinente ($n = 353$): Die aktuellen Abstinente hatten angegeben, im letzten Monat keine der aufgeführten Substanz konsumiert zu haben.

2.8 Statistische Auswertung

Die Datenbank wurde nun in das Programm „Statistical Package for Social Sciences“ (SPSS), Version 12, übertragen, mit dem die statistische Auswertung der Studie erfolgte.

Bei ordinalskalierten Variablen wurden die Untergruppen Jungen und Mädchen, Schüler der Stadt und des Umlandes, aktuelle Raucher und Nichtraucher sowie aktuelle Konsumenten und Nichtkonsumenten illegaler Drogen bzw. Abstinente mit dem Chi-Quadrat-Test, bei nicht normalverteilten intervall- oder verhältnisskalierten Variablen mit dem Mann-Whitney-U-Test auf signifikante Unterschiede untersucht, wobei lediglich Irrtumswahrscheinlichkeiten von $p < 0,001$ als signifikant gewertet wurden. Für einige ordinalskalierte Variablen wurden Korrelationskoeffizienten nach Spearman berechnet.

Aus den erhaltenen Daten wurden mittels einer multiplen logistischen Regressionsanalyse Einflussfaktoren auf den Konsum illegaler Drogen im letzten Monat berechnet.

3 Ergebnisse

3.1 Soziodemographische Grunddaten

In der Stadt Regensburg nahmen die Schüler der 9. Klassen aller 8 Gymnasien, aller 5 Realschulen und aller 6 Hauptschulen an der Befragung teil. Im Umland beteiligten sich die Schüler des einzigen Gymnasiums, beider Realschulen und aller 16 Hauptschulen.

Von sämtlichen Schülern wurden nach Zufallsauswahl eines Anteils von 75,8% ($n = 2422$), Abzug der fehlenden oder nicht auswertbaren Fragebögen ($n = 162$) und Kontrolle der Plausibilität im Stadtgebiet die Daten von 1266 Schülern (67,1%) und im Landkreis von 947 Schülern (72,5%) in die Datenbank eingegeben. Insgesamt wurden somit die Daten von 2213 Schülern (69,3%) für die Analyse herangezogen. Dabei handelte es sich in der Stadt um 66,6% der Fragebögen aus den Gymnasien, 56,1% aus den Realschulen und 77,1% aus den Hauptschulen, im Landkreis um 67,7% der Fragebögen aus dem einzigen Gymnasium, 80,3% aus den Realschulen und 70,7% aus den Hauptschulen. Zur Sicherstellung der Repräsentativität wurden nach Abzug einer Zufallsauswahl an Fragebögen höherprozentiger Schultypen die Daten von 1942 Schülern (60,1%) in die Auswertung mit einbezogen, dabei handelte es sich um 56,1% der Schüler aller 9. Klassen aus der Stadt ($n = 1058$) und 67,7% der Schüler aller 9. Klassen aus dem Landkreis Regensburg ($n = 884$).

Der Anteil der Gymnasiasten betrug insgesamt 31,4%, der Realschüler 23,2% und der Hauptschüler 54,5%. In der Stadt betrug der Anteil der Gymnasiasten 47,1%, der Realschüler 24% und der Hauptschüler 28,9%, im Umland betrug der Anteil der Gymnasiasten 12,6%, der Realschüler 22,2% und der Hauptschüler 65,3%.

Der Anteil der männlichen und weiblichen Schüler betrug insgesamt 49,3% bzw. 50,7%, er lag im Stadtgebiet bei 48,2% bzw. 51,8% und im Umland bei 50,7% bzw. 49,3%.

Berücksichtigt wurden bei der Befragung lediglich Schüler im Alter von 14 bis 17 Jahren, welche bei der Erhebung 2002 98,7% aller Schüler ausgemacht hatten. Die Altersverteilung entsprach annähernd der Normalverteilung. Insgesamt betrug das Durchschnittsalter der Schüler 15,23 \pm 0,7 Jahre. Das Durchschnittsalter lag in der Stadt bei 15,27 \pm 0,7 Jahren und im Landkreis bei 15,19 \pm 0,6 Jahren.

Im Folgenden werden die Fragen der Erhebung mit ihren Nummern angegeben. Der genaue Wortlaut der Fragen und Antwortmöglichkeiten kann dem Anhang 7.1 entnommen werden.

3.2 Konsumentengruppen

Die aktuellen Raucher wurden mit den aktuellen Nichtraucher auf signifikante Unterschiede bezüglich des Geschlechts, des Alters und der Herkunft (Stadt/Land) untersucht. Es zeigten sich keine Auffälligkeiten in Hinblick auf das Geschlecht und die Herkunft der Schüler. Die aktuellen Raucher waren signifikant älter als die aktuellen Nichtraucher (15,33 vs. 15,14 Jahre, $p < 0,001$).

Die aktuellen Konsumenten von Alkohol wurden mit den aktuellen Nichtkonsumenten von Alkohol auf signifikante Unterschiede bezüglich des Geschlechts, des Alters und der Herkunft untersucht. Es zeigten sich keine Auffälligkeiten in Hinblick auf das Geschlecht und die Herkunft der Schüler. Die aktuellen Alkoholkonsumenten waren signifikant älter als die aktuellen Nichtkonsumenten von Alkohol (15,26 vs. 15,12 Jahre, $p < 0,001$).

Die aktuellen Konsumenten illegaler Drogen wurden mit den aktuellen Nichtkonsumenten illegaler Drogen auf signifikante Unterschiede bezüglich des Geschlechts, des Alters und der Herkunft untersucht. Hierbei zeigten sich keine Auffälligkeiten.

Die aktuellen Abstinente wurden mit den aktuellen Nicht-Abstinente auf signifikante Unterschiede bezüglich des Geschlechts, des Alters und der Herkunft untersucht. Es zeigten sich keine Auffälligkeiten in Hinblick auf das Geschlecht und die Herkunft der Schüler. Die aktuellen Abstinente waren signifikant jünger als die aktuellen Nicht-Abstinente (15,10 vs. 15,26 Jahre, $p < 0,001$).

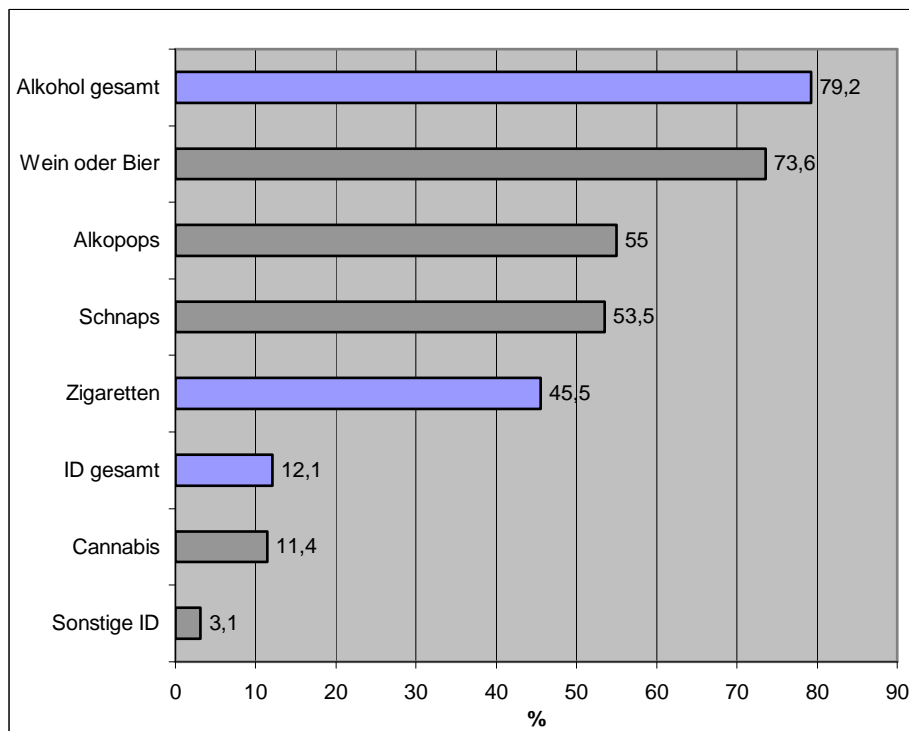
3.3 Konsumverteilungsmuster

3.3.1 30-Tage-Prävalenz

Frage 24: Der Anteil der Schüler, die berichteten, im letzten Monat mindestens einmal, d. h. mindestens „nur an den Wochenenden“ entsprechende Substanzen konsumiert zu haben, ist Abb. 1 zu entnehmen: Es zeigte sich, dass 79,2% der Schüler im letzten Monat mindestens einmal Alkohol konsumiert haben, wobei unter Alkohol Wein oder Bier (73,6%), alkoholische Mischgetränke (55%) und Schnaps (53,5%) zusammengefasst wurden. 67,1% der Schüler gaben an, im letzten Monat außer Alkohol keine weiteren Drogen (ausgenommen Nikotin) konsumiert zu haben. Knapp die Hälfte (45,5%) der Schüler haben im letzten Monat mindestens einmal geraucht. 12,1% der Schüler haben im letzten Monat mindestens einmal illegale Drogen konsumiert, wobei unter den illegalen Drogen Cannabis (Haschisch bzw. Marihuana), Ecstasy, Speed, LSD, Heroin und Kokain zusammengefasst wurden.

Von den genannten Substanzen fiel der weitaus größte Teil (96% der Konsumenten illegaler Drogen) mit 11,4% auf Haschisch bzw. Marihuana, die übrigen illegalen Drogen wurden von 3,1% der Schüler im letzten Monat mindestens einmal konsumiert, dabei handelte es sich primär um Ecstasy (2,3%), gefolgt von Speed (1,7%), Kokain (1,5%), Heroin (1,4%) und LSD (1,4%). Von den Cannabiskonsumenten haben 78,8% nur Cannabis und 21,2% mindestens eine andere illegale Droge genommen. Die im letzten Monat am häufigsten konsumierten legalen Drogen waren Schmerzmittel (8,4%), andere vom Arzt nicht verschriebene Medikamente (5,2%) und Beruhigungsmittel (2,5%). 18,2% der Schüler haben im letzten Monat keine der angegebenen Substanzen konsumiert (aktuelle Abstinente).

Abb. 1: 30-Tage-Prävalenz

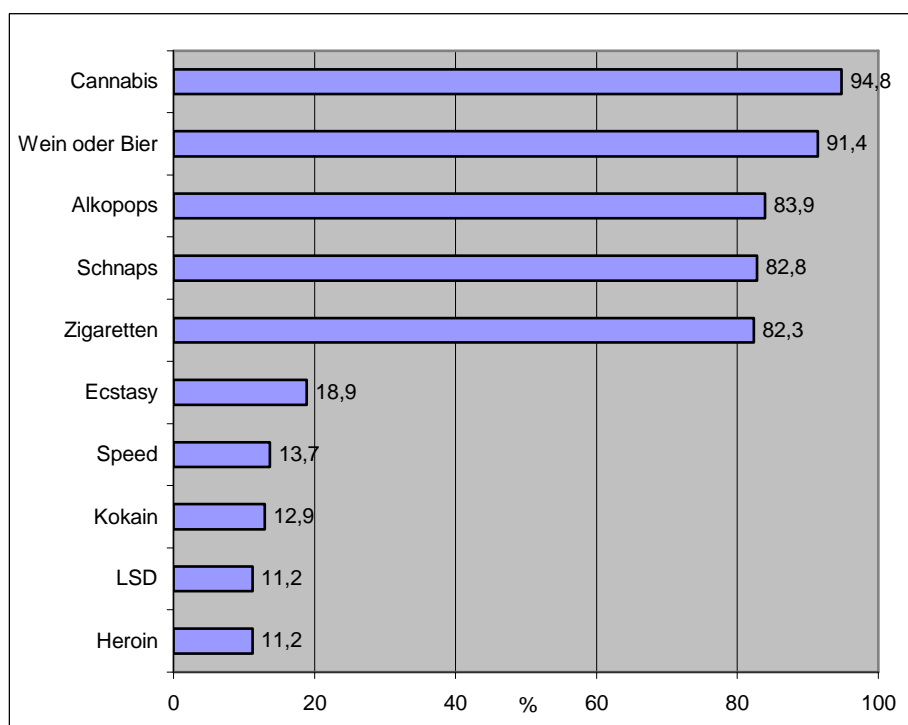


Die 30-Tage-Prävalenzen von Nikotin (L/S = 49,2% vs. 42,8%, $p < 0,001$), anderen vom Arzt nicht verordneten Medikamenten (L/S = 7,1% vs. 3,7%, $p < 0,001$) und LSD (L/S = 2,5% vs. 0,5%, $p < 0,001$) waren auf dem Land signifikant höher als in der Stadt.

Die 30-Tage-Prävalenz von Wein oder Bier (M/W = 77,5% vs. 69,6%, $p < 0,001$) war bei den Jungen signifikant höher als bei den Mädchen, von diesen wurden aktuell jedoch signifikant häufiger Schmerzmittel konsumiert (W/M = 12,8% vs. 4%, $p < 0,001$).

Bei den Rauchern waren im Vergleich zu den Nichtraucherern die 30-Tage-Prävalenzen aller aufgeführten Substanzen mit Ausnahme von LSD und Heroin signifikant ($p < 0,001$) erhöht. Die 30-Tage-Prävalenzen aller aufgeführten Substanzen waren bei den Konsumenten illegaler Drogen signifikant ($p < 0,001$) höher als bei den Nichtkonsumenten: Es zeigte sich, dass fast alle (94,8%) Cannabis konsumiert haben, aber auch die Konsumraten von Zigaretten (82,3%), Wein oder Bier (91,4%), alkoholischen Mischgetränken (83,9%) und Schnaps (82,8%) waren deutlich höher als bei den aktuellen Nichtkonsumenten illegaler Drogen, vgl. Abb. 2.

Abb. 2: Konsumenten illegaler Drogen: 30-Tage-Prävalenz



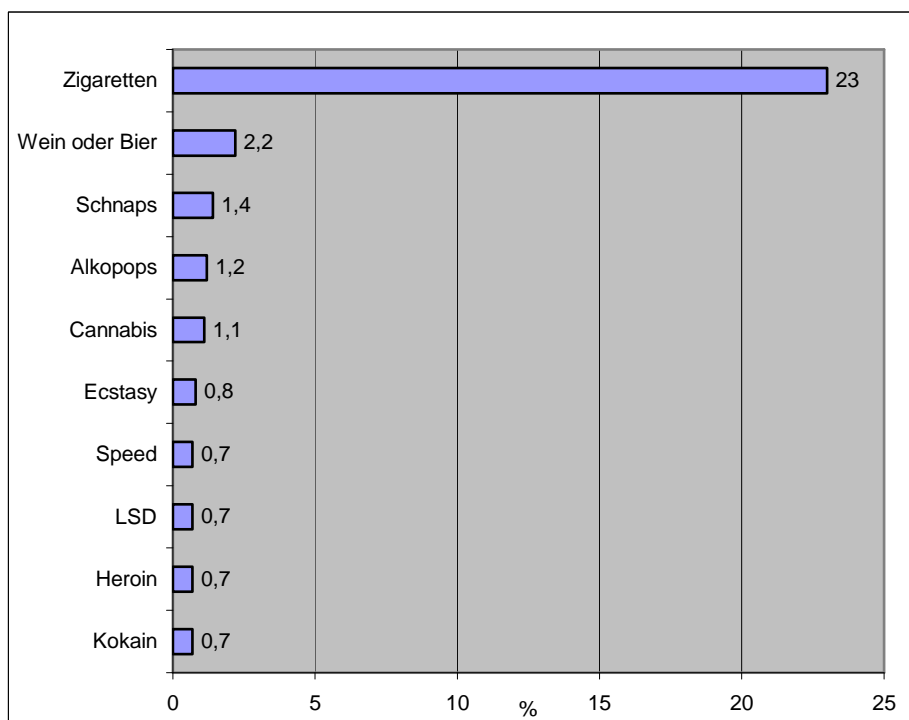
Über einen gelegentlichen Konsum („nur an den Wochenenden“ bis „mehrmals die Woche“) wurde von 77,6% der Schüler in Bezug auf Alkohol berichtet, von 22,7% in Bezug auf Nikotin und von 10,3% in Bezug auf Haschisch bzw. Marihuana.

Betrachtet man den Anteil der täglichen Konsumenten im letzten Monat, so fällt die hohe Rate täglicher Raucher auf: 23% der Schüler gaben an, täglich Nikotin zu konsumieren, das sind 50,5% der aktuellen Raucher. Der Anteil der Schüler, die im letzten Monat täglich Zigaretten geraucht haben, war auf dem Land signifikant höher als in der Stadt (27,6% vs. 18,9%, $p < 0,001$). Von den Jungen waren 24,1%, von den Mädchen 21,8% tägliche Raucher.

2,2% (M/W = 3,1% vs. 1,3%, S/L = 2% vs. 2,5%) der Schüler gaben an, täglich Wein oder Bier zu konsumieren, bei Schnaps waren es 1,4% (M/W = 2,1% vs. 0,7%, S/L = 1,2% vs. 1,6%) und bei Alkopops 1,2% (M/W = 2% vs. 0,4%, S/L = 0,8% vs. 1,7%).

1,1% (M/W = 1,4% vs. 0,9%, S/L = 0,9% vs. 1,6%) der Schüler gaben an, täglich Cannabis zu konsumieren, das sind 9,6% der aktuellen Konsumenten von Haschisch bzw. Marihuana. 0,8% der Schüler berichteten, dass sie täglich Ecstasy konsumieren, bei Speed, LSD, Heroin und Kokain waren es jeweils 0,7%, vgl. Abb. 3.

Abb. 3: Täglicher Konsum



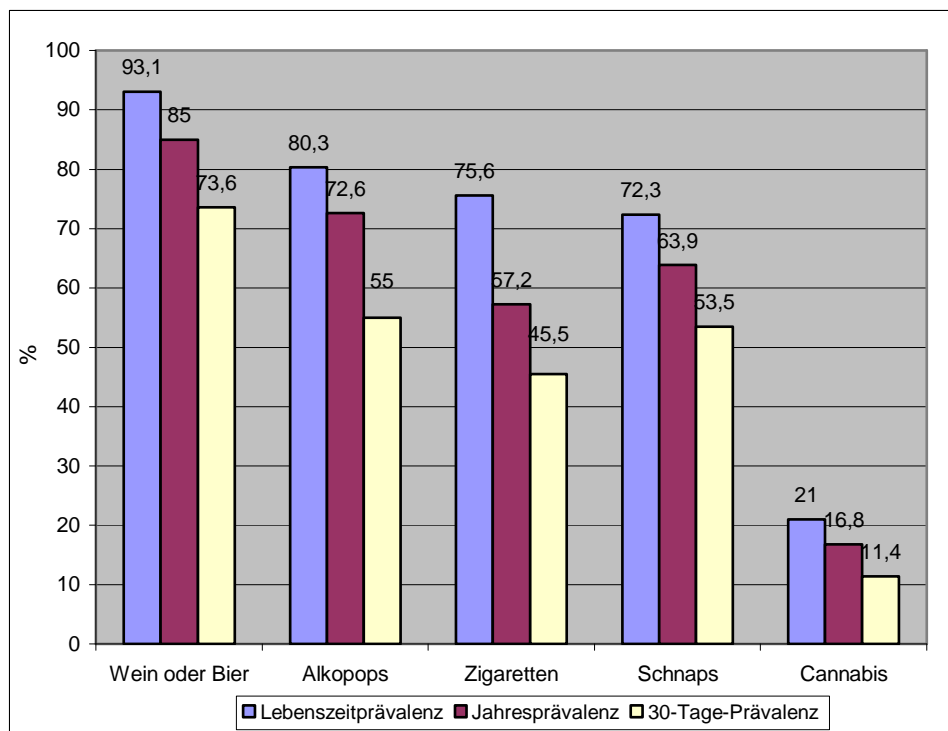
3.3.2 Lebenszeit-, Jahres- und 30-Tage-Prävalenz

Fragen 20 und 21: Die am häufigsten konsumierten Substanzen waren Wein oder Bier. Bezogen auf die Lebenszeit wurden diese von 93,1% der Schüler schon mindestens einmal konsumiert, die Jahresprävalenz betrug 85%, die 30-Tage-Prävalenz 73,6%. Etwas geringere Zahlen fanden sich bei alkoholischen Mischgetränken (Lebenszeit-Prävalenz 80,3%, Jahresprävalenz 72,6%, 30-Tage-Prävalenz 55%) und Schnaps (Lebenszeit-Prävalenz 72,3%, Jahresprävalenz 63,9%, 30-Tage-Prävalenz 53,5%). Insgesamt haben 94,8% der Schüler schon mindestens einmal Alkohol getrunken.

Zigaretten wurden bezogen auf die Lebenszeit von etwa $\frac{3}{4}$ der Schüler schon mindestens einmal konsumiert, die Jahresprävalenz betrug 57,2%, die 30-Tage-Prävalenz 45,5%.

Wesentlich geringer waren die Angaben zum Konsum illegaler Drogen mit den höchsten Werten für Haschisch bzw. Marihuana, welches bezogen auf die Lebenszeit von 21% der Schüler schon mindestens einmal konsumiert wurde, die Jahresprävalenz betrug 16,8%, die 30-Tage-Prävalenz 11,4%, vgl. Abb. 4.

Abb. 4: Lebenszeit-, Jahres- und 30-Tage-Prävalenzen



Die „sonstigen“ illegalen Drogen bewegten sich unter 2,4% (Ecstasy) in der Lebenszeit-Prävalenz, unter 4,3% (Ecstasy) in der Jahresprävalenz und unter 2,3% (Ecstasy) in der 30-Tage-Prävalenz. Unter den legalen Drogen ragten die Schmerzmittel heraus, welche bezogen auf die Lebenszeit von 17% der Schüler schon mindestens einmal konsumiert wurden, die Jahresprävalenz betrug 16%, die 30-Tage-Prävalenz 8,4%. Deutlich geringer waren die Angaben zum Konsum von Beruhigungsmitteln, Schnüffelfstoffen, Anabolika, Mitteln zum Abnehmen, Antidepressiva, Neuroleptika und anderen vom Arzt nicht verordneten Medikamenten, vgl. Tab. 3.

Tab. 3: Lebenszeit-, Jahres- und 30-Tage-Prävalenzen

	Lebenszeit	Jahr	30-Tage
Ecstasy	2,4	4,3	2,3
Speed	2,1	4,1	1,7
Kokain	2,1	4,1	1,5
LSD	1,5	3,6	1,4
Heroin	1,3	3,5	1,4
Schmerzmittel	17	16	8,4
Andere	7,5	9,2	5,2
Beruhigungsmittel	4,7	6	2,5
Schnüffelfstoffe	4,6	5	1,9
Mittel zum Abnehmen	3,9	4,6	2,1
Antidepressiva	2,2	3,8	2,3
Anabolika	1,4	3,4	1,4
Neuroleptika	0,9	2,8	1,8

Angaben in Prozent

Bezüglich der Lebenszeit-Prävalenzen zeigten sich keine regionalen Unterschiede.

Die Lebenszeit-Prävalenz von Schmerzmitteln war bei den Mädchen signifikant höher als bei den Jungen (W/M = 24,3% vs. 9,5%, $p < 0,001$).

Die Lebenszeit-Prävalenzen aller Substanzen waren bei den aktuellen Konsumenten illegaler Drogen und den aktuellen Rauchern signifikant höher als bei den aktuellen Nichtkonsumenten bzw. Nichtraucher (p jeweils $< 0,001$)

Der Anteil der Schüler, welche eine bestimmte Substanz aktuell konsumierten an Schülern, welche diese Substanz bereits einmal probiert haben, betrug für Alkohol 82,8%, für Zigaretten 59,4% und für Cannabis 38%.

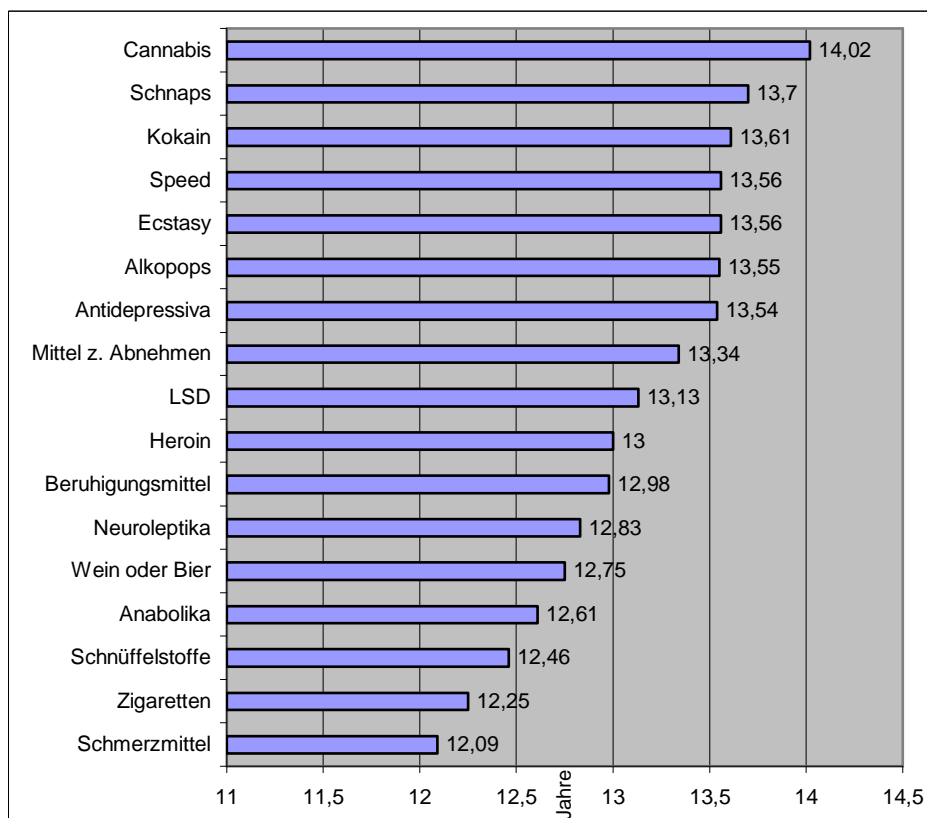
Fragen 21 und 24: Zur Untersuchung des Zusammenhanges zwischen den jeweiligen Jahres- und 30-Tage-Prävalenzen wurde für sämtliche Substanzen der Korrelationskoeffizient nach Spearman berechnet. Bei einem Signifikanzniveau von jeweils 0,001 zeigten sich hierbei eine hohe positive Korrelation für Zigaretten (0,825), mittlere positive Korrelationen für Schnaps (0,575), alkoholische Mischgetränke (0,568), Wein oder Bier (0,538), Cannabis (0,532) und Schmerzmittel (0,525), geringe positive Korrelationen (unter 0,5) für Speed, Ecstasy, LSD, Heroin, Kokain, Aufputsch- und Beruhigungsmittel, Schnüffelfstoffe, Mittel zum Abnehmen, Anabolika, Antidepressiva und andere vom Arzt nicht verordnete Medikamente, sowie eine sehr geringe positive Korrelation (0,191) für Neuroleptika.

3.4 Konsum und Alter

Frage 20: Das Durchschnittsalter bei Erstkonsum häufig konsumierter Substanzen lag für Zigaretten mit 12,25 Jahren besonders niedrig, es folgten Wein oder Bier (12,75 Jahre), alkoholische Mischgetränke (13,55 Jahre) und Schnaps (13,7 Jahre).

Von den illegalen Drogen wurde Heroin mit durchschnittlich 13 Jahren am frühesten erstmals konsumiert, Haschisch bzw. Marihuana probierten die Schüler durchschnittlich mit 14 Jahren zum ersten Mal. Von den legalen Drogen wurden Schmerzmittel mit einem Durchschnittsalter bei Erstkonsum von 12,09 Jahren als erstes konsumiert, vgl. Abb. 5.

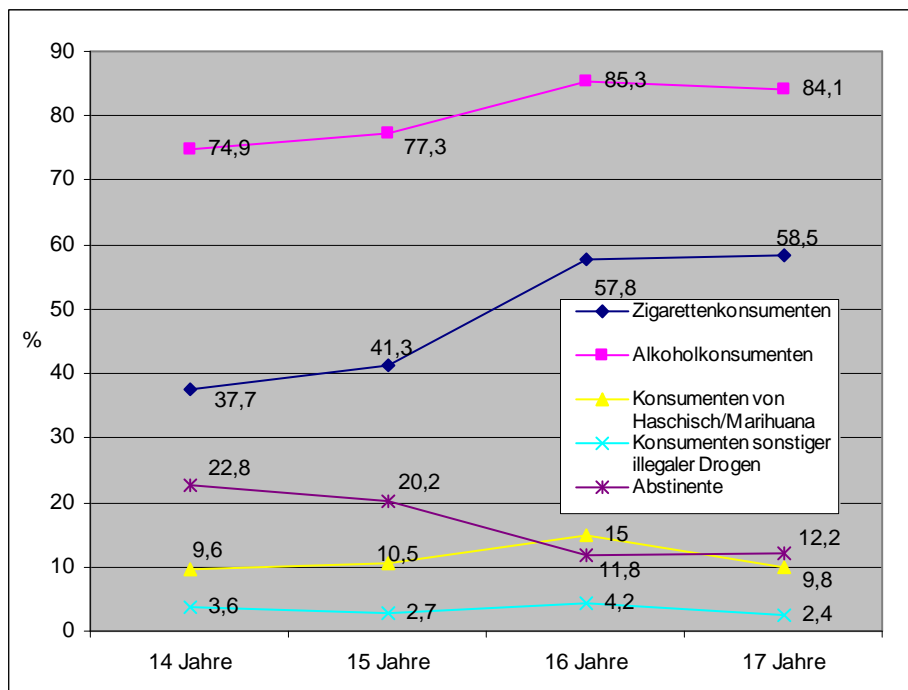
Abb. 5: Durchschnittsalter bei Erstkonsum



Mit zunehmendem Alter sank der Anteil der Abstinenten in der jeweiligen Altersgruppe und stieg der Anteil der aktuellen Konsumenten von Alkohol, Zigaretten und illegalen Drogen (vgl. Abb. 6). Waren bei den 14jährigen noch durchschnittlich 22,8% der Schüler abstinent, so betrug der Anteil bei den 17jährigen nur noch 12,2%. Der Anteil der Alkoholkonsumenten stieg von 74,9% bei den 14jährigen auf maximal 85,3% bei den 16jährigen deutlich an und betrug bei den 17jährigen noch 84,1%. Der Anteil der aktuellen Raucher stieg von 37,7% bei den 14jährigen auf 58,5% bei den 17jährigen kontinuierlich an.

Etwas diffiziler verhielt es sich bei den aktuellen Konsumenten illegaler Drogen: Während der Anteil der Konsumenten sonstiger illegaler Drogen (Ecstasy, Speed, LSD, Heroin und Kokain) mit einem Zwischenhoch bei den 16jährigen (4,2%) von 3,6% bei den 14jährigen auf 2,4% bei den 17jährigen leicht absank, stieg der Anteil der Cannabiskonsumenten von 9,6% (14jährige) auf 9,8% bei den 17jährigen leicht an, den höchsten Anteil an Konsumenten von Haschisch bzw. Marihuana verzeichneten die 16jährigen mit 15%.

Abb. 6: Aktueller Konsum und Alter



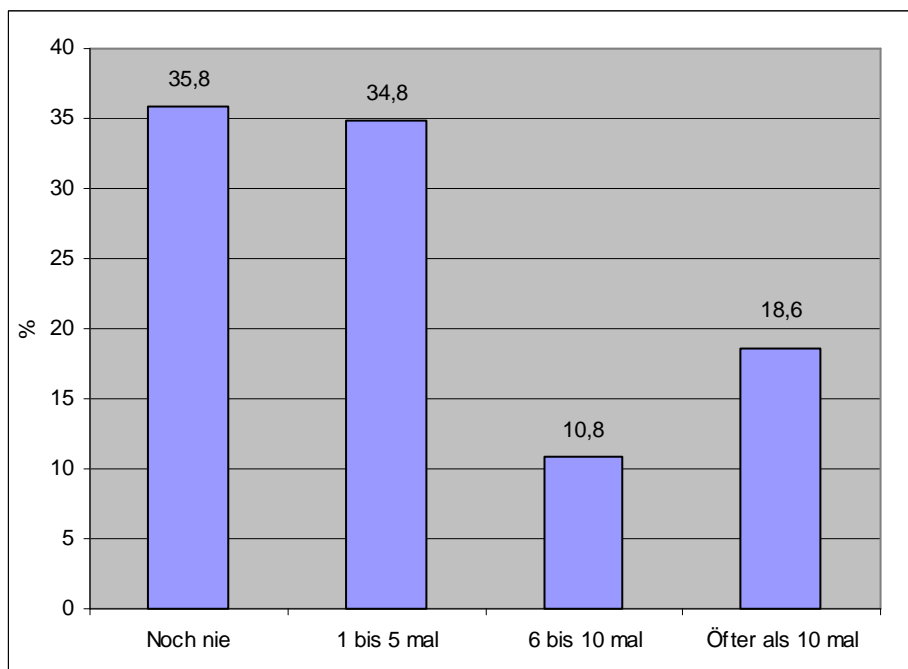
Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Geschlechts und der Herkunft. Das Durchschnittsalter bei Erstkonsum von Zigaretten, Wein oder Bier, alkoholischen Mischgetränken und Schnaps war bei den aktuellen Konsumenten illegaler Drogen signifikant niedriger als bei den aktuellen Nichtkonsumenten (p jeweils $<0,001$)

3.5 Konsumhäufigkeit und Mengen

3.5.1 Häufigkeit eines Alkoholrausches

Frage 23: Auf die Frage nach der Häufigkeit eines jemals erlebten Alkoholrausches gaben 35,8% der Schüler an, noch nie einen Alkoholrausch gehabt zu haben, 34,8% der Schüler antworteten „1 bis 5 mal“, 10,8% „6 bis 10 mal“ und 18,6% „öfter als 10 mal“, vgl. Abb. 7 a.

Abb. 7 a: Häufigkeit eines jemals erlebten Alkoholrausches

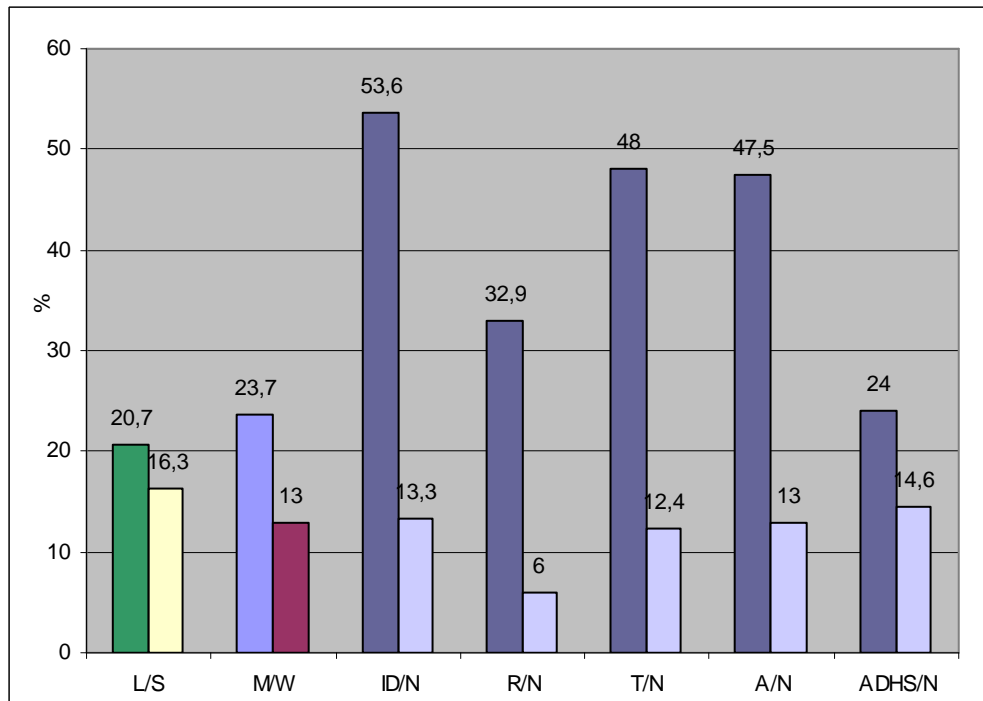


Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Herkunft.

Die Häufigkeit eines jemals erlebten Alkoholrausches wurde von den männlichen Schülern im Vergleich zu weiblichen Schülern wesentlich höher angegeben: Während von den Mädchen die Antwortmöglichkeiten „noch nie“ und „1 bis 5 mal“ etwas häufiger genannt wurden, antworteten die Jungen signifikant häufiger „öfter als 10 mal“ (23,7% vs. 13%, $p < 0,001$).

Die Häufigkeit eines jemals erlebten Alkoholrausches wurde von den aktuellen Konsumenten illegaler Drogen, den Rauchern, den Abhängigen von Nikotin und Alkohol (vgl. 3.15, S. 53ff) sowie den Schülern mit Symptomen eines ADHS nach DSM-IV im Vergleich zu den aktuellen Nichtkonsumenten illegaler Drogen, den Nichtraucher, den Nichtabhängigen bzw. den Schülern ohne ADHS-typische Symptomatik signifikant höher angegeben (p jeweils $< 0,001$), vgl. Abb. 7 b.

Abb. 7 b: Häufigkeit eines jemals erlebten Alkoholrausches
– Antwort „Öfter als 10 mal“



L/S = Land/Stadt, M/W = Männlich/Weiblich, ID/N = Aktuelle Konsumenten illegaler Drogen/Nichtkonsumenten, R/N = Aktuelle Raucher/Nichtraucher, T/N = Tabakabhängige/Nichtabhängige, A/N = Alkoholabhängige/Nichtabhängige, ADHS/N = Schüler mit und ohne Symptome eines ADHS nach DSM-IV

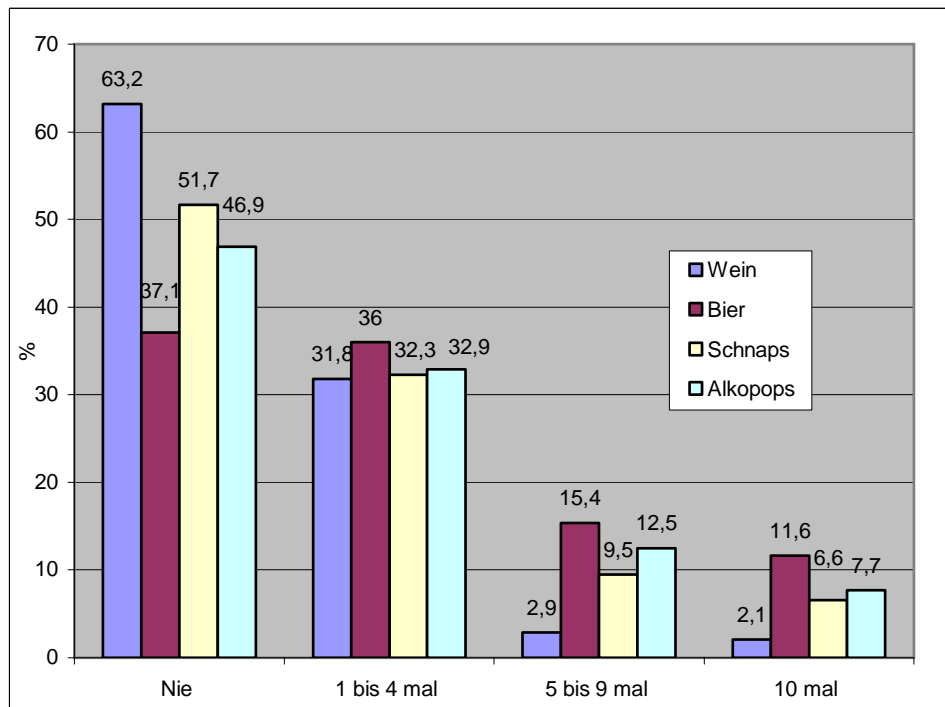
3.5.2 Binge Drinking

Das so genannte „binge drinking“ – auch „Rausch-“ oder „Kampftrinken“ – wird definiert als Konsum von fünf oder mehr Gläsern Alkohol zu einer Gelegenheit.

Frage 22: Knapp drei Viertel (72,2%) der Schüler gaben an, mindestens einmal im letzten Monat fünf oder mehr Gläser Alkohol getrunken zu haben. 62,9% der Schüler berichteten, dies mindestens einmal mit Bier getan zu haben, bei alkoholischen Mischgetränken waren es 53,1%, bei Schnaps 48,3% und bei Wein 36,8%. Die maximal vorgegebene Häufigkeit von 10 mal wurde von 11,6% der Schüler in Bezug auf Bier angegeben, es folgten Alkopops (7,7%), Schnaps (6,6%) und Wein (2,1%), vgl. Abb. 8.

Die Mittelwerte der Häufigkeiten des Auftretens eines binge drinking betrugen für Bier 2,94 mal, für alkoholische Mischgetränke 2,25 mal, für Schnaps 1,91 mal und für Wein 0,88 mal.

**Abb. 8: Häufigkeit des Konsums von 5 oder mehr Gläsern
u. g. Substanzen im letzten Monat**



Schüler auf dem Land betrieben signifikant häufiger binge drinking mit Bier (3,24 vs. 2,69 mal, $p < 0,001$), alkoholischen Mischgetränken (2,65 vs. 1,92 mal, $p < 0,001$) und Schnaps (2,4 vs. 1,49 mal, $p < 0,001$) als Schüler in der Stadt.

Jungen betrieben signifikant häufiger binge drinking mit Bier (3,66 vs. 2,25 mal, $p < 0,001$) und Schnaps (2,18 vs. 1,64 mal, $p < 0,001$) als Mädchen.

Die Häufigkeit eines exzessiven Substanzkonsums innerhalb des letzten Monats war bei den aktuellen Konsumenten illegaler Drogen und den aktuellen Rauchern in Bezug auf alle alkoholische Substanzen signifikant höher als bei der jeweiligen Vergleichsgruppe:

Konsumenten illegaler Drogen betrieben ungefähr doppelt so häufig binge drinking mit Bier (5,18 vs. 2,63 mal), Schnaps (4,21 vs. 1,59 mal), Alkopops (4,17 vs. 1,98 mal) und Wein (1,97 vs. 0,73 mal) wie Nichtkonsumenten illegaler Drogen (p jeweils $< 0,001$).

Noch deutlicher waren die Unterschiede bei den aktuellen Rauchern und Nichtrauchern: Raucher betrieben mehr als doppelt so häufig binge drinking mit Bier (4,42 vs. 1,68 mal), Alkopops (3,38 vs. 1,29 mal) und Wein (1,28 vs. 0,53 mal) und ca. drei mal so häufig mit Schnaps (2,99 vs. 0,99 mal) wie aktuelle Nichtraucher (p jeweils $< 0,001$).

3.5.3 Konsum am letzten Wochenende und während der letzten Woche

Frage 25 und 26: Betrachtet man den Konsum der Schüler am letzten Wochenende und während der letzten Woche vor der Erhebung, so fällt ein deutlich vermehrter Konsum am Wochenende auf, dies gilt insbesondere für Alkoholika: 54,2% der Schüler tranken am letzten Wochenende Bier, mehr als ein Drittel konsumierte alkoholische Mischgetränke (38%) und Schnaps (32%), knapp ein Viertel (22,6%) konsumierte Wein. Zigaretten wurden am letzten Wochenende von 39,3% der Schüler geraucht, 7,9% konsumierten Cannabis. Die am häufigsten konsumierte Substanz während der letzten Woche war Nikotin, welches von 33,8% der Schüler genannt wurde. Alkohol wurde während der Woche nur von ca. halb so vielen Schülern getrunken wie am Wochenende, vgl. Abb. 9.

Abb. 9: Anteil der Schüler, die u. g. Substanzen am letzten Wochenende und während der letzten Woche konsumiert haben

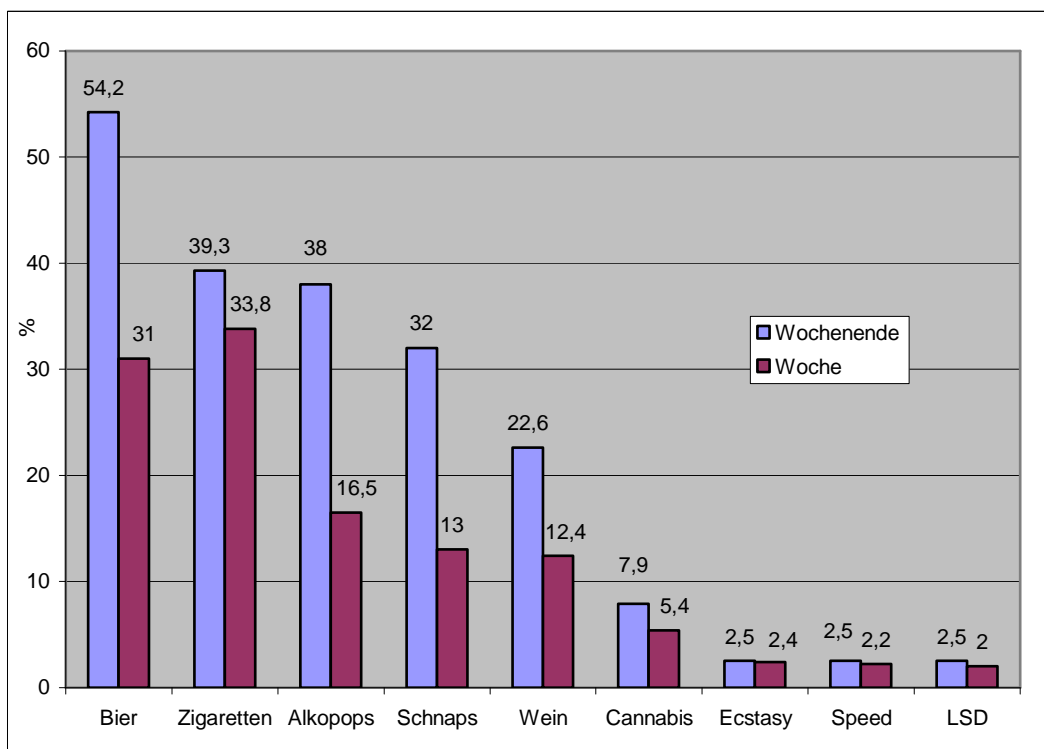
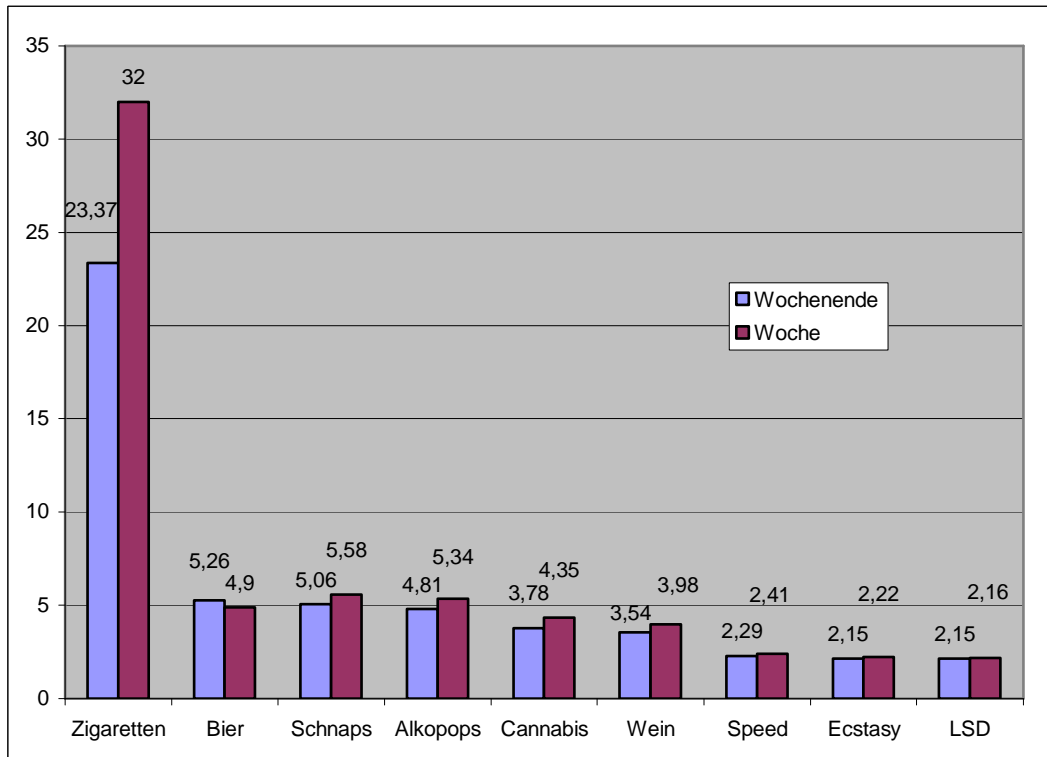


Abb. 10 zeigt die durchschnittlichen Mengen, die von den Schülern eingenommen wurden, welche die jeweiligen Substanzen am letzten Wochenende bzw. während der letzten Woche konsumiert haben.

Abb. 10: Durchschnittlich konsumierte Mengen von Schülern, die am letzten Wochenende bzw. während der Woche u. g. Substanzen konsumiert haben



Angaben in (v.l.n.r.): Stück, Halbe (0,5l), Stamperl (0,02l), Gläser (0,275l), Joints, Schoppen (0,2l), Stück

Die Angaben der konsumierenden Schüler wurden zu einer wöchentlichen Gesamtmenge addiert und aus dieser der durchschnittliche tägliche Konsum der konsumierenden Schüler berechnet (Division durch 7, vgl. Tab. 4). Zur Feststellung der durchschnittlich täglich aufgenommenen Alkoholmenge wurden für Bier 4 Vol%, für Schnaps 40 Vol%, für alkoholische Mischgetränke 3 Vol% und für Wein 12 Vol% veranschlagt. Entsprechend wurde eine Halbe (0,5l) Bier mit 16g, ein Stamperl (0,02l) Schnaps mit 6g, ein Glas (0,275l) alkoholisches Mischgetränk mit 6,6g und ein Schoppen (0,2l) Wein mit 19g Alkohol gleichgesetzt. Nach Addition der durch die einzelnen Substanzen aufgenommenen Alkoholmengen ergab sich bei den Schülern, die am letzten Wochenende bzw. während der Woche Alkohol konsumiert haben, eine durchschnittliche tägliche Alkoholaufnahme von 62,3g. Nach internationaler Übereinkunft liegt ein riskanter Alkoholkonsum vor, wenn die durchschnittliche tägliche Alkoholmenge bei Frauen über 20g und bei Männern über 30g reinen Alkohol liegt. Diese Menge wurde von den Alkoholkonsumenten der letzten Woche demnach deutlich überschritten. Dabei ist anzumerken, dass diese Werte für die Erwachsenenbevölkerung definiert wurden und hierbei unberücksichtigt bleibt, dass bei Jugendlichen Schädigungen schon auf einem niedrigeren Niveau befürchtet werden müssen.

Tab. 4: Durchschnittlich täglich von Konsumenten u. g. Substanzen konsumierte Mengen in der letzten Woche mit Wochenende

	Durchschnittlicher täglicher Konsum	Durchschnittliche tägl. Alkoholmenge
Bier	1,45 Halbe	23,2g
Schnaps	1,52 Stamperl	9,12g
Alkopops	1,45 Gläser	9,57g
Wein	1,07 Schoppen	20,41g
Zigaretten	7,91 Stück	
Cannabis	1,16 Joints	
Speed	0,67 Stück	
Ecstasy	0,62 Stück	
LSD	0,62 Stück	
		Gesamt: 62,3g

Bezogen auf die gesamte letzte Woche konsumierten die Alkoholkonsumenten 436g reinen Alkohol. Betrachtet man nicht die Alkoholkonsumenten, sondern die gesamte Stichprobe, so errechnet sich auf beschriebene Weise eine durchschnittliche Alkoholaufnahme in der letzten Woche von 126g (Bier 69,9g, Wein 24,7g, alkoholische Mischgetränke 17,8g, Schnaps 14g), wobei die Jungen mit 169g (Bier 97,8g, Wein 33g, alkoholische Mischgetränke 20,8g, Schnaps 17,76g) etwa doppelt soviel Alkohol konsumierten wie die Mädchen mit 86,66g (Bier 42,72g, Wein 16,34g, alkoholische Mischgetränke 15g, Schnaps 12,6g).

Die (durchschnittliche) Menge der am letzten Wochenende konsumierten Substanzen war auf dem Land bei Zigaretten (11,02 vs. 7,69 Stück, $p<0,001$), alkoholischen Mischgetränken (2,24 vs. 1,48 Gläser, $p<0,001$) und Schnaps (2,0 vs. 1,3 Stamperl, $p<0,001$) signifikant höher als im Stadtgebiet.

Die (durchschnittliche) Menge der innerhalb der letzten Woche konsumierten Substanzen war auf dem Land bei Zigaretten (13,11 vs. 8,91 Stück, $p<0,001$) und Schnaps (0,95 vs. 0,53 Stamperl, $p<0,001$) signifikant höher als in der Stadt.

Die Menge der am letzten Wochenende konsumierten Substanzen war bei den Jungen bei Wein (1,02 vs. 0,59 Schoppen, $p<0,001$), Bier (3,97 vs. 1,76 Halbe, $p<0,001$) und Schnaps (1,98 vs. 1,27 Stamperl, $p<0,001$) signifikant höher als bei den Mädchen.

Die Menge der innerhalb der letzten Woche (ohne Wochenende) konsumierten Substanzen war bei den Jungen bei Wein (0,72 vs. 0,27 Schoppen, $p < 0,001$), Bier (2,14 vs. 0,91 Halbe, $p < 0,001$), Schnaps (0,96 vs. 0,48 Stamperl, $p < 0,001$) und Haschisch bzw. Marihuana (0,34 vs. 0,14 Joints, $p < 0,001$) signifikant höher als bei den Mädchen.

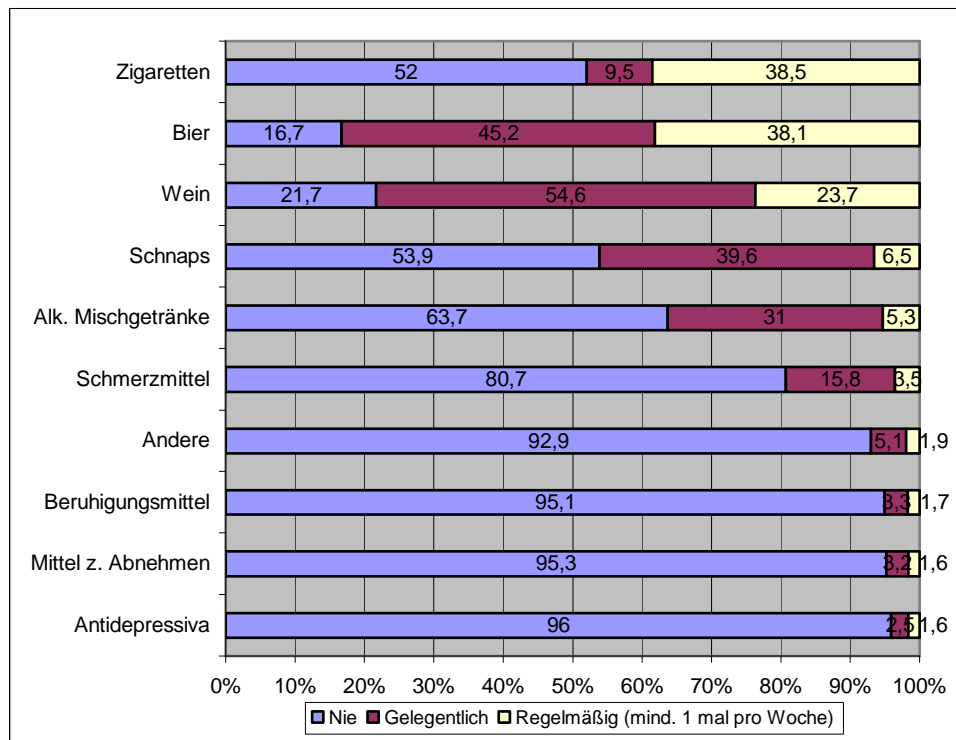
Die Menge der am letzten Wochenende konsumierten Substanzen war bei den Konsumenten illegaler Drogen und den Rauchern in Bezug auf alle angegebenen Substanzen signifikant höher als bei der entsprechenden Vergleichsgruppe (p jeweils $< 0,001$). Herausragend waren die Unterschiede bei den Rauchern und Nichtrauchern, so tranken Raucher ca. viermal so viel Alkohol am letzten Wochenende wie Nichtraucher (Bier: 4,74 vs. 1,27 Halbe, Schnaps: 2,75 vs. 0,66 Stamperl, Alkopops: 3,01 vs. 0,81 Gläser, Wein: 1,31 vs. 0,37 Schoppen) und konsumierten um ein vielfaches (0,59 vs. 0,05 Joints) mehr Cannabis (p jeweils $< 0,001$).

Die Menge der innerhalb der letzten Woche (ohne Wochenende) konsumierten Substanzen war bei den Konsumenten illegaler Drogen und den Rauchern in Bezug auf alle angegebenen Substanzen signifikant höher als bei der entsprechenden Vergleichsgruppe (p jeweils $< 0,001$). Besonders deutlich waren auch hier die Unterschiede bei den Rauchern und Nichtrauchern, so tranken Raucher ca. viermal so viel Alkohol innerhalb der letzten Woche wie Nichtraucher (Bier: 2,54 vs. 0,65 Halbe, Schnaps: 1,28 vs. 0,25 Stamperl, alkoholische Mischgetränke: 1,56 vs. 0,31 Gläser, Wein: 0,84 vs. 0,21 Schoppen) und konsumierten um ein vielfaches (0,47 vs. 0,04 Joints) mehr Haschisch bzw. Marihuana.

3.6 Konsumumfeld der Schüler

3.6.1 Substanzkonsum der Eltern

Frage 16: Die am häufigsten von den Eltern der Schüler „mindestens gelegentlich“ eingenommene Substanz war Alkohol in Form von Bier (83,3%), Wein (78,3%), Schnaps (46,1%) und alkoholischen Mischgetränken (36,3%), gefolgt von Nikotin (48%), welches hingegen am häufigsten regelmäßig, d. h. mindestens einmal pro Woche konsumiert wurde (38,5%). Von den illegalen Drogen wurde Cannabis von den Eltern am häufigsten konsumiert (1,2% regelmäßig, 1,3% gelegentlich), bei den legalen Drogen waren es Schmerzmittel (15,8% regelmäßig, 3,5% gelegentlich), vgl. Abb. 11.

Abb. 11: Substanzkonsum der Eltern

Ein signifikanter Unterschied zwischen Stadt und Land zeigte sich bei Zigaretten, welche die Eltern in der Stadt häufiger nie (56,1% vs. 47%) und seltener regelmäßig (34,6% vs. 43,2%; p jeweils $<0,001$) konsumierten. Es fanden sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede.

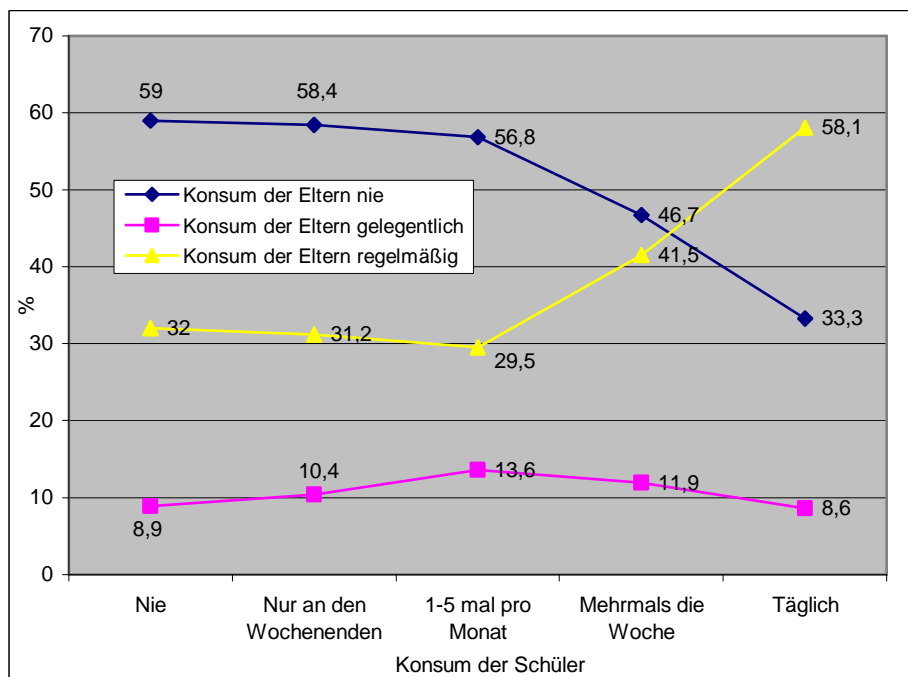
Es zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Substanzkonsum der Schüler und dem Substanzkonsum der Eltern:

Von den Konsumenten illegaler Drogen wurde im Vergleich zu den Nichtkonsumenten über einen signifikant erhöhten „regelmäßigen“ Konsum von Cannabis (5,3% vs. 0,8%) und allen anderen illegalen Drogen sowie Anabolika, Antidepressiva und Neuroleptika durch die Eltern berichtet (p jeweils $<0,001$).

Von den Rauchern wurde im Vergleich zu den Nichtraucherern über einen signifikant erhöhten „regelmäßigen“ Konsum von Zigaretten (46% vs. 32,2%), Bier (41,2% vs. 35,5%), Schnaps (9,2% vs. 4,4%), Haschisch bzw. Marihuana (2,2% vs. 0,6%), Kokain (1,8% vs. 0,4%), Beruhigungsmitteln (2,6% vs. 0,9%), Schmerzmitteln (5,4% vs. 1,9%) und Antidepressiva (2,5% vs. 0,8%) durch die Eltern berichtet (p jeweils $<0,001$).

Bei Zigaretten (vgl. Abb. 12), Alkohol, illegalen und legalen Drogen war ein häufiger Substanzkonsum der Schüler eng assoziiert mit einem häufigen Substanzkonsum der Eltern: Nach Spearman berechneten sich geringe positive Korrelationen für Schmerzmittel (0,297), LSD (0,285), Kokain (0,271), Anabolika (0,268), Neuroleptika (0,253), Speed (0,243), Antidepressiva (0,24), andere vom Arzt nicht verordnete Medikamente (0,228), Schnüffelfstoffe (0,224), Beruhigungsmittel (0,213) und Zigaretten (0,2) sowie sehr geringe positive Korrelationen für Ecstasy (0,187), Mittel zum Abnehmen (0,157), Alkopops (0,151), Schnaps (0,127), Cannabis (0,127) und Bier oder Wein (0,117).

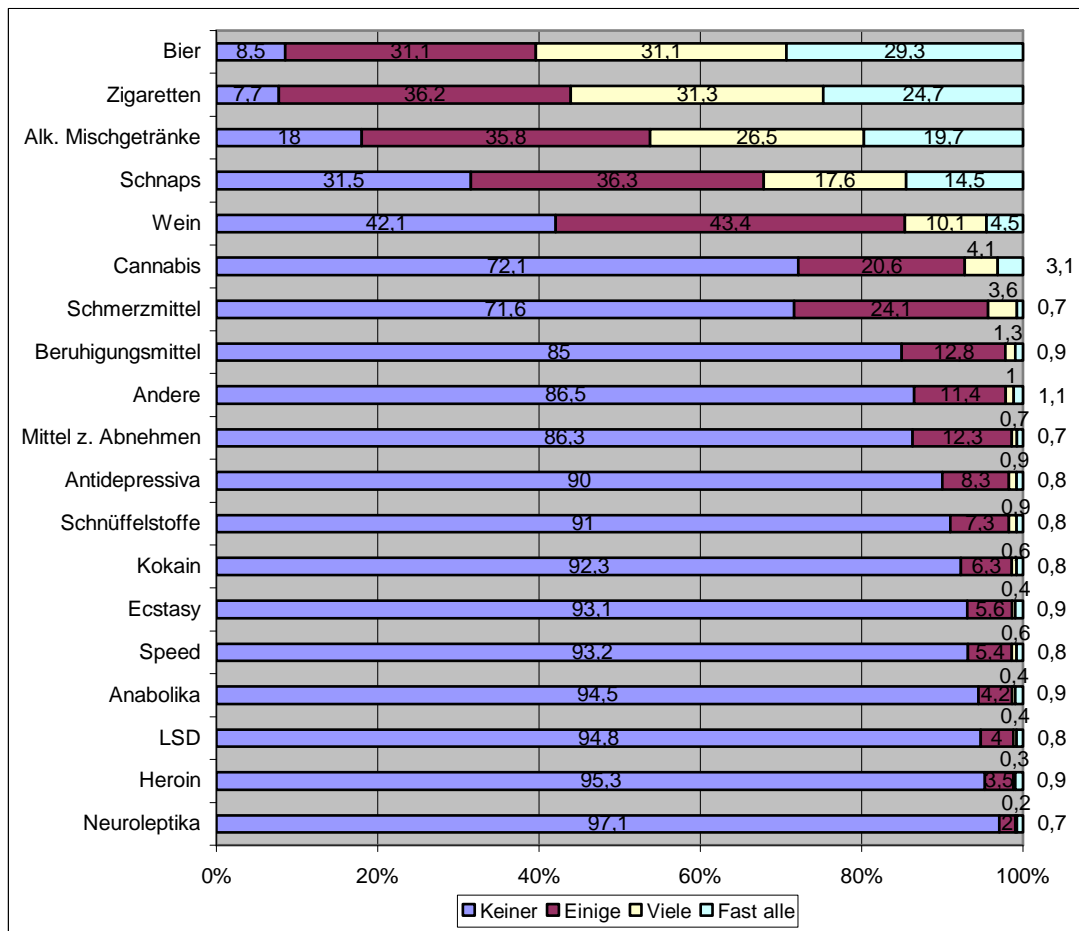
Abb. 12: Eigener Zigarettenkonsum und Konsum der Eltern



3.6.2 Substanzkonsum von Freunden und Bekannten

Frage 11: Die am häufigsten von mindestens „einigen“ Freunden oder Bekannten regelmäßig (d. h. mindestens einmal die Woche) eingenommenen Substanzen waren Nikotin (92,3%) und Alkohol in Form von Bier (91,5%), alkoholischen Mischgetränken (82%), Schnaps (68,5%) und Wein (57,9%), vgl. Abb. 13.

Bei den illegalen Drogen wurde Cannabis von den Freunden und Bekannten am häufigsten regelmäßig konsumiert (20,6% einige, 4,1% viele, 3,1% fast alle), bei den legalen Drogen waren es Schmerzmittel (24,1% einige, 3,6% viele, 0,7% fast alle).

Abb. 13: Regelmäßiger Substanzkonsum von Freunden und Bekannten

Ein regelmäßiger Substanzkonsum bei mindestens „einigen“ Freunden oder Bekannten wurde von den Jungen signifikant häufiger (p jeweils $<0,001$) in Bezug auf Bier (94,1% vs. 88,9%), Wein (61,5% vs. 54,4%), Schnaps (74,2% vs. 62,9%) und Anabolika (7,9% vs. 3,1%), von den Mädchen hingegen signifikant häufiger in Bezug auf Schmerzmittel (32,9% vs. 23,8%, $p<0,001$) berichtet. Die Unterschiede zwischen Stadt und Land waren nicht signifikant.

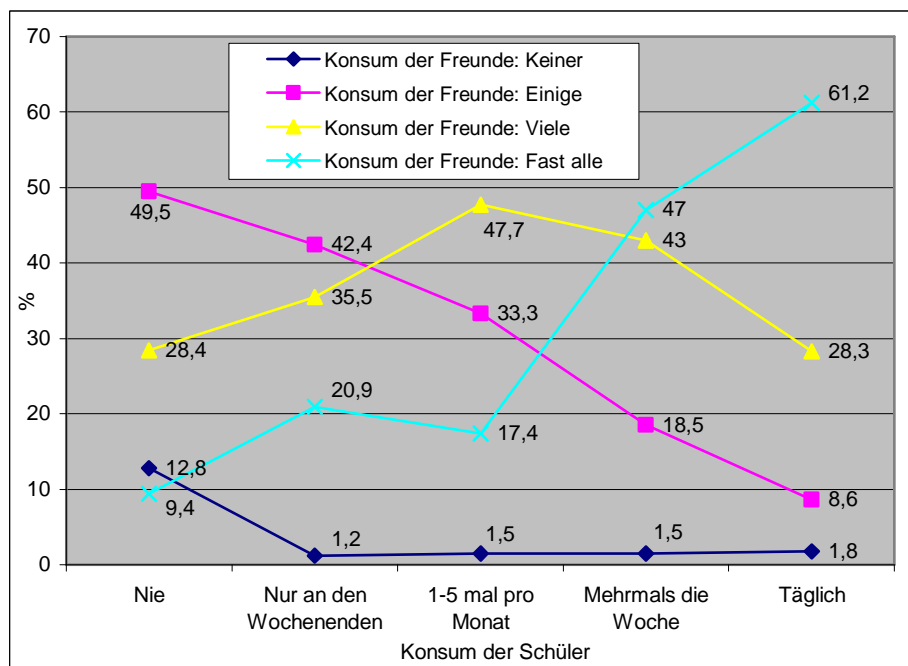
Es zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Substanzkonsum der Schüler und dem Substanzkonsum im Freundeskreis:

Von den Konsumenten illegaler Drogen wurde im Vergleich zu den Nichtkonsumenten bei allen Substanzen über einen signifikant erhöhten Konsum von Freunden oder Bekannten berichtet (p jeweils $<0,001$). Herausragend war erwartungsgemäß der Unterschied bei den illegalen Drogen und insbesondere bei Cannabis (Antwort „Keiner“: 34,3% vs. 77,7%, „Viele“: 15,5% vs. 2,6%, „Fast alle“: 17,6% vs. 1,1%).

Von den Rauchern wurde im Vergleich zu den Nichtraucherern bei allen Substanzen bis auf Neuroleptika und andere nicht verordnete Medikamente über einen signifikant erhöhten Konsum im Freundeskreis berichtet (p jeweils $<0,001$), sehr deutlich war der Unterschied bei Zigaretten (Keiner: 1,6% vs. 12,8%, Viele: 34,9% vs. 28,4%, Fast alle: 43,1% vs. 9,4%).

Abb. 14 zeigt den Zusammenhang zwischen dem eigenen aktuellen Zigarettenkonsum und dem Zigarettenkonsum im Freundeskreis. So war beispielsweise bei den täglichen Rauchern der Anteil an Freunden und Bekannten, welche regelmäßig rauchten mehr als doppelt so hoch wie bei den aktuellen Nichtrauchern. Ähnliche Ergebnisse fanden sich bei den täglichen Konsumenten von Alkohol sowie legalen und illegalen Drogen (p jeweils $<0,001$).

Abb. 14: Eigener Zigarettenkonsum und Konsum im Freundeskreis

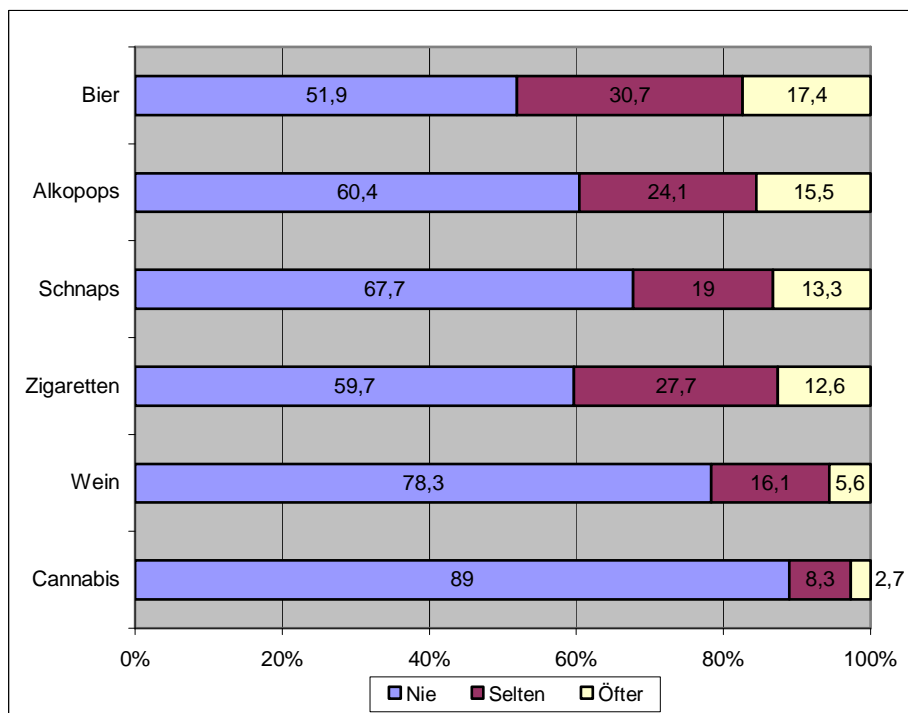


In Bezug auf den eigenen Substanzgebrauch und den Konsum im Freundeskreis berechneten sich nach Spearman eine mittlere positive Korrelation für Zigaretten (0,514), geringe positive Korrelationen für Schnaps (0,35), Cannabis (0,349), Alkopops (0,334), Wein oder Bier (0,33), Ecstasy (0,29), Speed (0,276), Schmerzmittel (0,272), Heroin (0,25), Schnüffelfstoffe (0,24), LSD (0,237), Anabolika (0,229), Neuroleptika (0,214) und Antidepressiva (0,202) sowie sehr geringe positive Korrelationen für Kokain (0,192), andere vom Arzt nicht verordnete Medikamente (0,186), Beruhigungsmittel (0,171) und Mittel zum Abnehmen (0,148).

3.6.3 Druck zum Substanzkonsum durch Freunde oder Bekannte

Frage 12: Fast die Hälfte aller Schüler (48,1%) gab an, schon einmal Druck durch Freunde oder Bekannte zum Konsum von Bier verspürt zu haben, fast ebenso viele zum Rauchen (40,3%) und zum Konsum von Alkopops (39,6%). Mit einigem Abstand folgten die Angaben zu Schnaps (32,3%), Wein (21,7%) und Cannabis (11%), die sonstigen illegalen Drogen lagen jeweils unter 2,8% (Ecstasy). Bei den legalen Drogen ragten die Schmerzmittel (7,6%) und andere vom Arzt nicht verordnete Medikamente (5,1%) heraus.

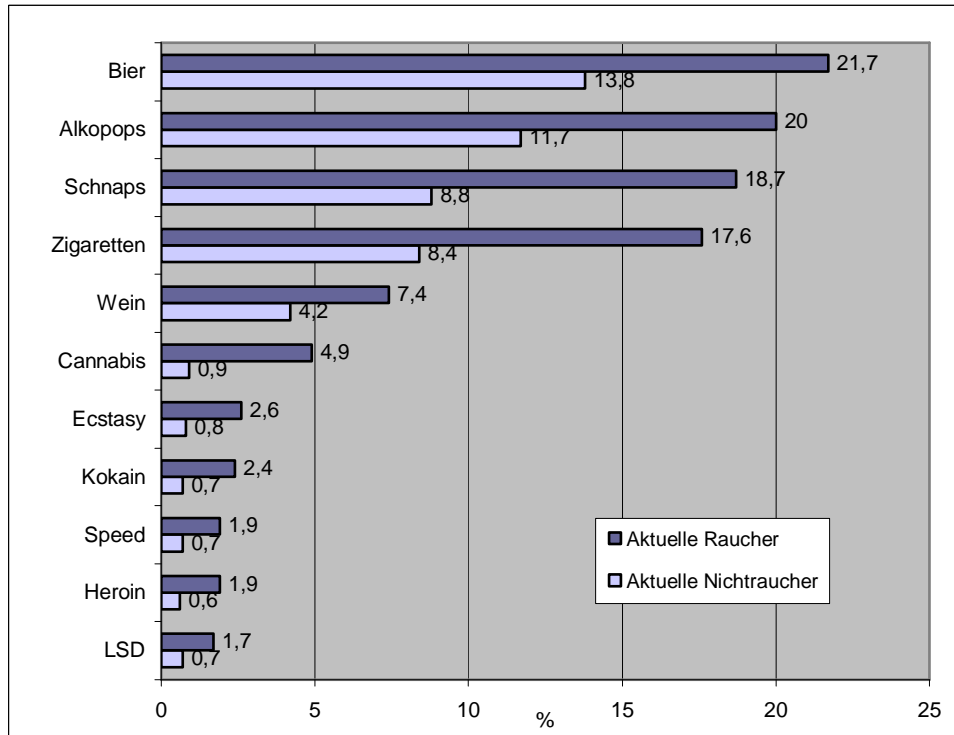
**Abb. 15 a: Druck durch Freunde oder Bekannte,
die u. g. Substanzen zu konsumieren**



Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Geschlechts oder der Herkunft. Konsumenten illegaler Drogen gaben signifikant häufiger an, „öfter“ Druck durch Freunde oder Bekannte zum Konsum von Schnaps (21,6% vs. 12,1%), Cannabis (12,2% vs. 1,4%) und allen anderen illegalen Drogen verspürt zu haben (p jeweils $<0,001$).

Noch eindrucksvoller waren die Unterschiede zwischen den Rauchern und den Nichtraucherern (alle Unterschiede bis auf Wein und LSD signifikant, d. h. p jeweils $<0,001$), vgl. Abb. 15 b.

**Abb. 15 b: Druck durch Freunde oder Bekannte,
die u. g. Substanzen zu konsumieren – Antwort „öfter“**

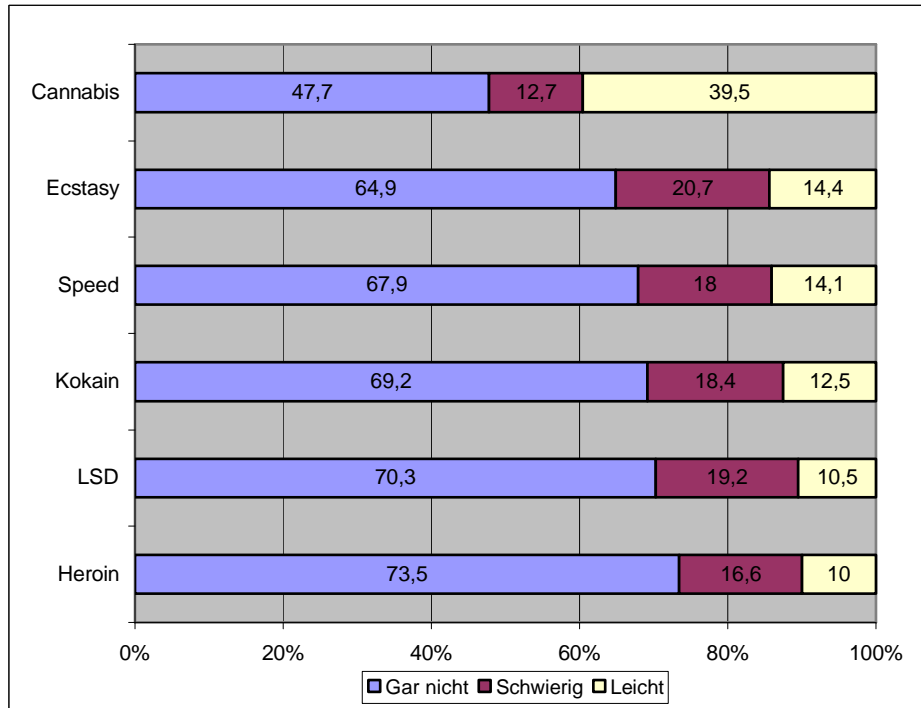


3.7 Verfügbarkeit illegaler Drogen

Frage 18: Von den illegalen Drogen war nach Auffassung der befragten Schüler Haschisch bzw. Marihuana mit Abstand am leichtesten zu beschaffen: 39,5% gaben an, dieses innerhalb der nächsten 24 Stunden „leicht“ beschaffen zu können, 12,7% antworteten mit „schwierig“, 47,7% mit „gar nicht“, vgl. Abb. 16.

Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Geschlechts und der Herkunft. Von den Konsumenten illegaler Drogen und den Rauchern wurde berichtet, dass sie im Vergleich zu den Nichtkonsumenten bzw. Nichtrauchern alle aufgeführten Substanzen leichter beschaffen könnten, d. h. die Antwortmöglichkeit „leicht“ wurde bei allen Substanzen signifikant häufiger genannt (p jeweils $<0,001$).

Abb. 16: Wie leicht oder schwer könntest Du innerhalb der nächsten 24 Stunden u. g. Substanzen beschaffen?



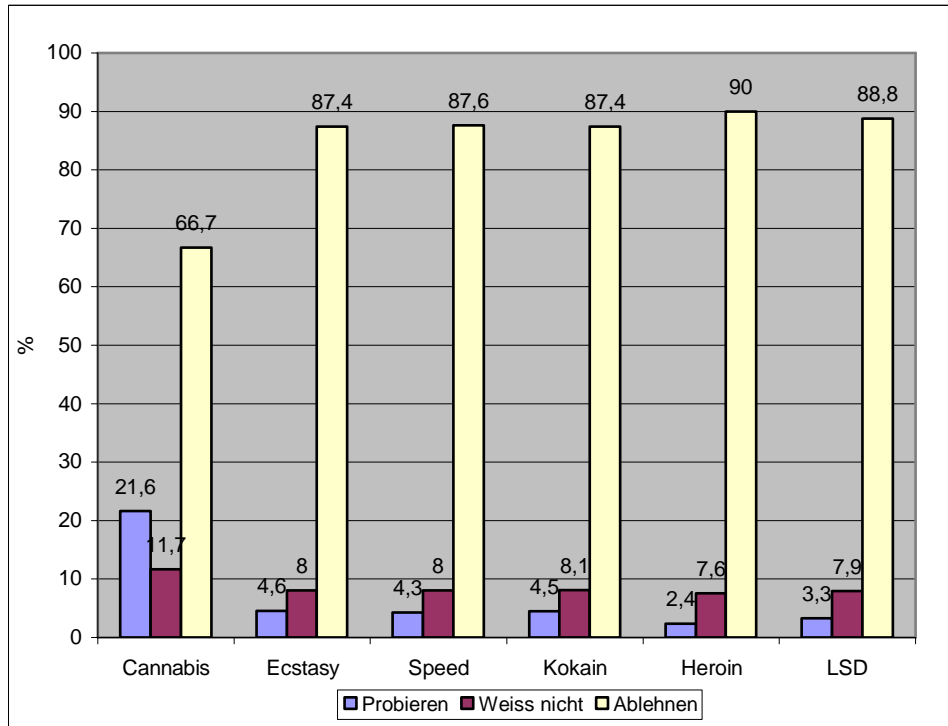
3.8 Bereitschaft zum Konsum illegaler Drogen

Frage 13: Die Bereitschaft der Schüler, illegale Drogen zu konsumieren, war in Bezug auf Cannabis verglichen mit den übrigen illegalen Drogen mit Abstand am größten:

Es zeigte sich, dass 21,6% der Schüler bei einem entsprechenden Angebot Haschisch bzw. Marihuana probieren würden, 66,7% der Schüler würden es ablehnen und 11,7% wussten es nicht. Deutlich geringer war die Provierbereitschaft in Bezug auf Ecstasy (4,6%), Kokain (4,5%) und Speed (4,3%), LSD würden 3,3% der Schüler probieren, Heroin lediglich 2,4%.

Die Rate der Unentschlossenen lag bei den so genannten „harten Drogen“ zwischen 7,6% (Heroin) und 8,1% (Kokain), der Anteil der Ablehnenden betrug zwischen 87,4% (Ecstasy und Kokain) und 90% (Heroin), vgl. Abb. 17 a.

**Abb. 17 a: Reaktion auf ein Angebot
der u. g. Substanzen**

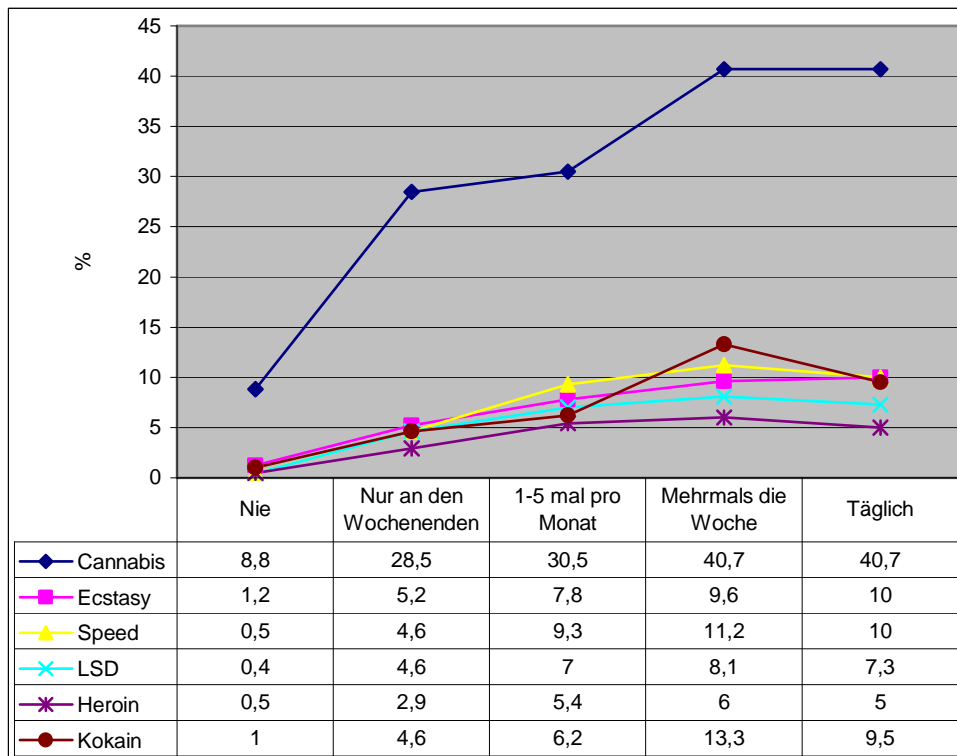


Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Geschlechts und der Herkunft. Erwartungsgemäß war bei den Konsumenten illegaler Drogen die Probierbereitschaft in Bezug auf alle aufgeführten Substanzen um ein Vielfaches höher bei den Nichtkonsumenten illegaler Drogen (p jeweils $<0,001$), sie betrug für Cannabis 64,5% (vs. 15,6%), für Ecstasy 18,3% (vs. 2,8%), für Speed 17,7% (vs. 2,5%), für LSD 12,2% (vs. 2,1%), für Heroin 10% (vs. 1,4%) und für Kokain 17,9% (vs. 2,7%).

Auch bei den Rauchern war die Probierbereitschaft in Bezug auf alle illegalen Drogen im Vergleich zu den Nichtraucher deutlich erhöht (p jeweils $<0,001$):

Während beispielsweise nur 8,8% der aktuellen Nichtraucher Cannabis probieren würden, betrug die Probierbereitschaft bei den Rauchern hier durchschnittlich 36,8%. Insgesamt zeigte sich: Je höher der eigene aktuelle Zigarettenkonsum, desto höher war die Probierbereitschaft gegenüber illegalen Drogen, vgl. Abb. 17 b.

**Abb. 17 b: Bereitschaft, u. g. Substanzen zu probieren
in Abhängigkeit vom aktuellen Nikotinkonsum**



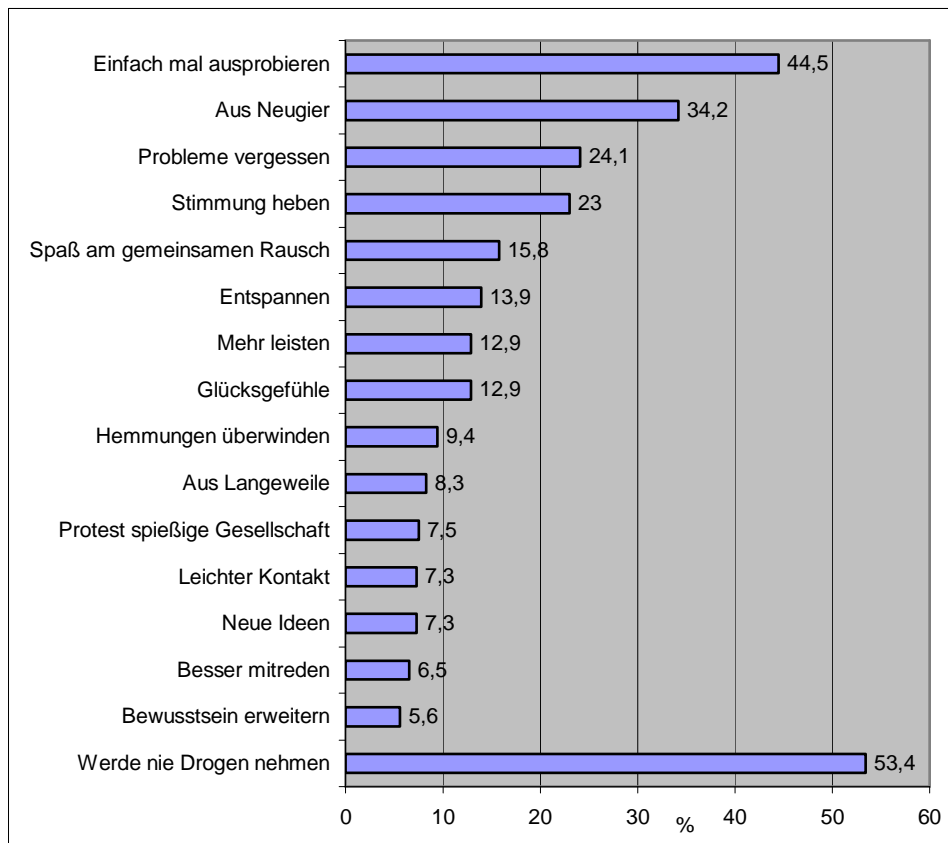
3.9 Gründe für und gegen den Konsum illegaler Drogen

3.9.1 Gründe für den Konsum illegaler Drogen

Frage 15: Die am häufigsten genannten Motive für den Konsum illegaler Drogen waren „Einfach mal ausprobieren“ (44,5%), „Aus Neugier“ (34,2%), „Um Probleme leichter vergessen zu können“ (24,1%) und „Um meine Stimmung zu heben“ (23%). Etwa die Hälfte der Schüler konnte sich nicht vorstellen, jemals Drogen zu nehmen, vgl. Abb. 18 a.

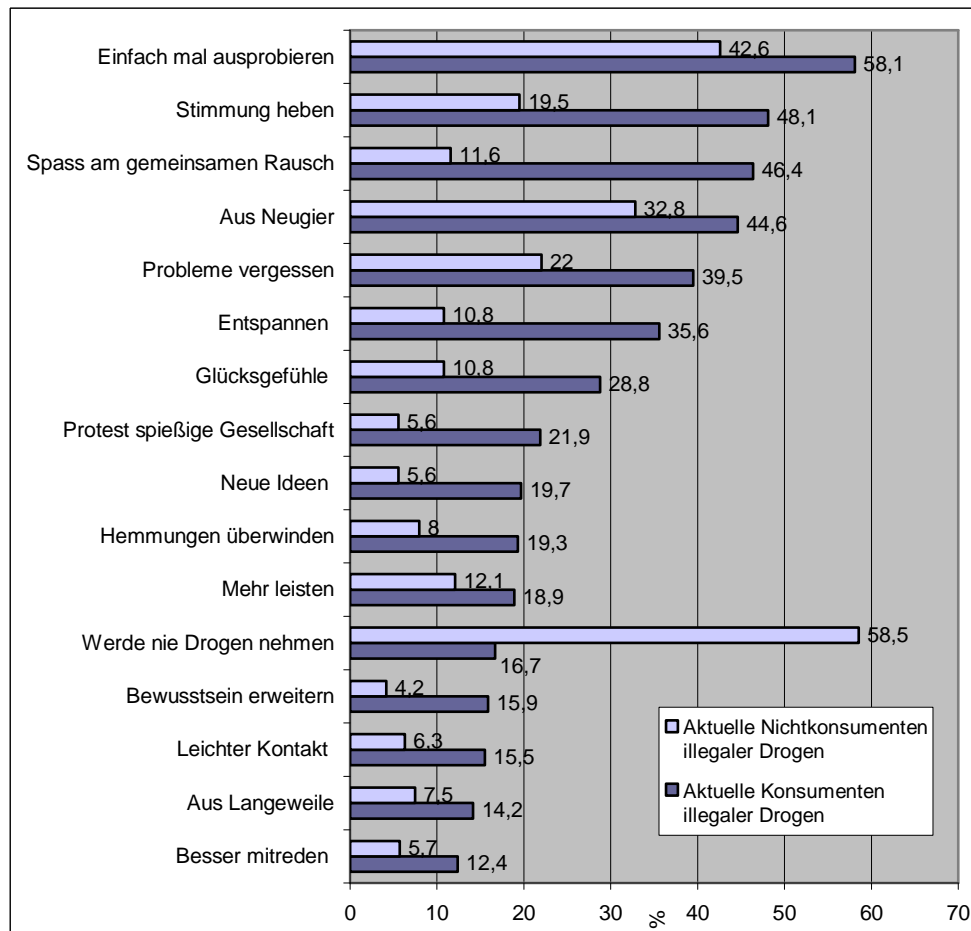
Bei den Angaben gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen Stadt und Land.

Von den Mädchen wurden tendenziell häufiger Gründe genannt, die für den Konsum illegaler Drogen sprechen, insbesondere handelte es sich dabei um Gründe, die einen gezielten Einsatz der Drogen vermuten lassen: So wurden „Aus Neugier“ (W/M = 38,4% vs. 29,8%) und „Um Probleme leichter vergessen zu können“ (W/M = 29% vs. 19%) signifikant häufiger genannt als bei den Jungen (p jeweils $<0,001$).

Abb. 18 a: Gründe für den Konsum illegaler Drogen

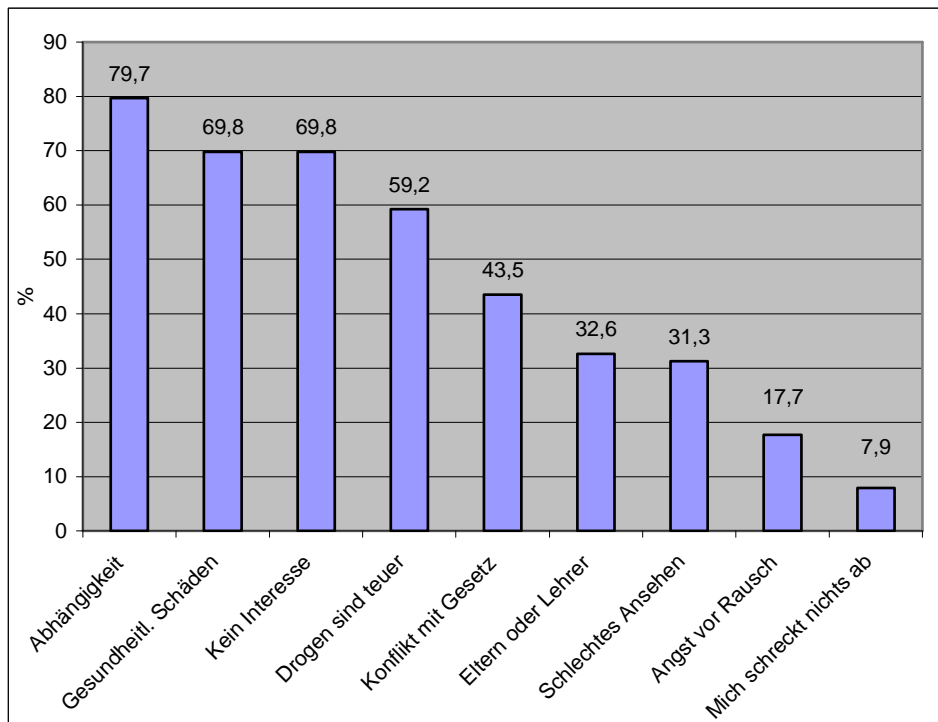
Konsumenten illegaler Drogen antworteten am häufigsten „Einfach mal ausprobieren“, „Um meine Stimmung zu heben“ und „Spaß am gemeinsamen Rausch“. Alle Gründe für den Konsum illegaler Drogen bis auf „Um mehr leisten zu können“ wurden von ihnen im Vergleich zu den Nichtkonsumenten signifikant häufiger genannt (p jeweils $<0,001$), vgl. Abb. 18 b. Am deutlichsten war der Unterschied bei „Spaß am gemeinsamen Rausch“, für Drogenerfahrene spielte die geselligkeitsfördernde Wirkung illegaler Drogen demnach eine bedeutend größere Rolle als für Drogenunerfahrene. 16,7% der Konsumenten illegaler Drogen berichteten, dass sie „nie illegale Drogen nehmen“ werden. Dies lag möglicherweise daran, dass diese Gruppe, die überwiegend und zum größten Teil ausschließlich Cannabis konsumierte, dieses gar nicht als illegale Droge wahrnahm.

Von den Rauchern wurden im Vergleich zu den Nichtraucherern alle Gründe, die für den Konsum illegaler Drogen sprechen (Ausnahme: „Um mehr leisten zu können“), signifikant häufiger genannt (p jeweils $<0,001$).

Abb. 18 b: Gründe für den Konsum illegaler Drogen

3.9.2 Gründe gegen den Konsum illegaler Drogen

Frage 14: Die am häufigsten genannten Gründe, die gegen den Konsum illegaler Drogen sprechen waren „Dass man davon abhängig wird (79,7%)“, „Dass gesundheitliche Schäden auftreten“ (69,8%), „Kein Interesse, Drogen zu nehmen“ (69,8%) und „Weil sie so teuer sind“ (59,2%). Erst in zweiter Reihe folgten gesellschaftliche Motive wie „Dass man mit dem Gesetz in Konflikt kommt“ (43,5%), „Dass es die Eltern oder Lehrer merken“ und „Dass Drogenkonsumenten in der Öffentlichkeit ein schlechtes Ansehen haben. 7,9% der Schüler gaben an, dass sie eigentlich gar nichts abschreckt, vgl. Abb. 19 a.

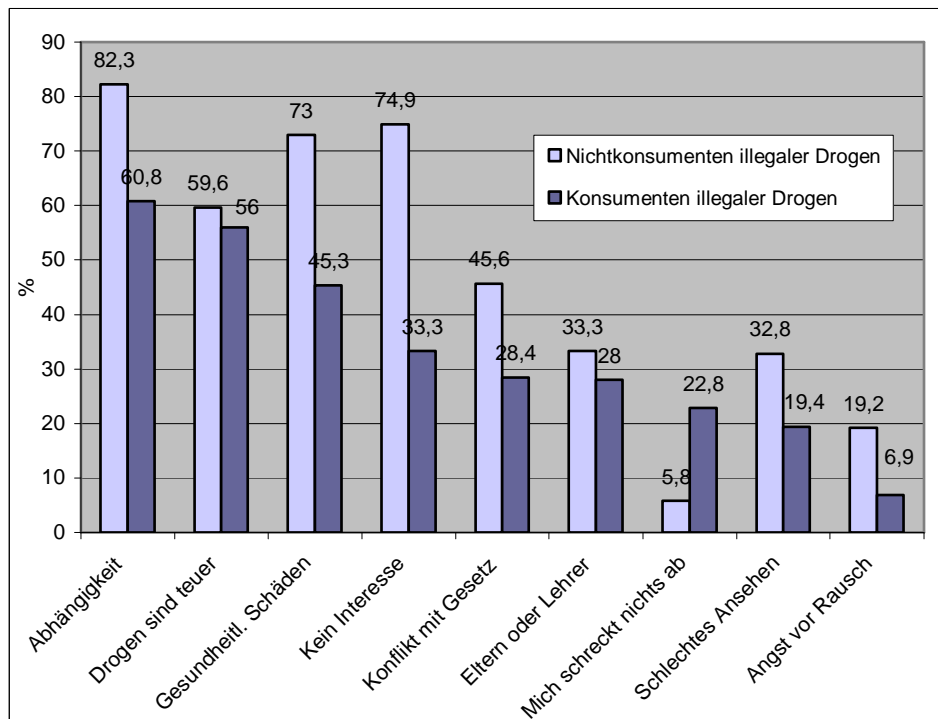
Abb. 19 a: Gründe gegen den Konsum illegaler Drogen

Als Gründe, die gegen den Konsum illegaler Drogen sprechen, wurden von den Jungen signifikant häufiger „Dass man mit dem Gesetz in Konflikt kommt“ (47,3% vs. 39,8%, $p < 0,001$) und „Dass es die Eltern oder Lehrer merken“ (36,6% vs. 28,8%, $p < 0,001$) genannt, von den Mädchen wurde signifikant häufiger „Dass man davon abhängig wird“ (83,3% vs. 76%, $p < 0,001$) genannt.

In der Stadt wurde im Vergleich zum Landkreis signifikant häufiger „Dass gesundheitliche Schäden auftreten“ (72,9% vs. 66,1%, $p < 0,001$) geantwortet.

Von den Nichtraucherern wurden im Vergleich zu den Rauchern signifikant häufiger die Gründe „Dass man davon abhängig wird“ (84,7% vs. 73,8%, $p < 0,001$), „Dass gesundheitliche Schäden auftreten“ (81,7% vs. 55,6%, $p < 0,001$) und „Kein Interesse, illegale Drogen zu nehmen“ (81,1% vs. 56,3%, $p < 0,001$) genannt.

Konsumenten illegaler Drogen unterschieden sich von den Nichtkonsumenten mit Ausnahme von „Dass es die Eltern oder Lehrer merken“ und „Dass sie so teuer sind“ in allen Punkten signifikant (p jeweils $< 0,001$) wie Abb. 19 b zeigt.

Abb. 19 b: Gründe gegen den Konsum illegaler Drogen

3.10 Gründe für das Rauchen und Nichtrauchen

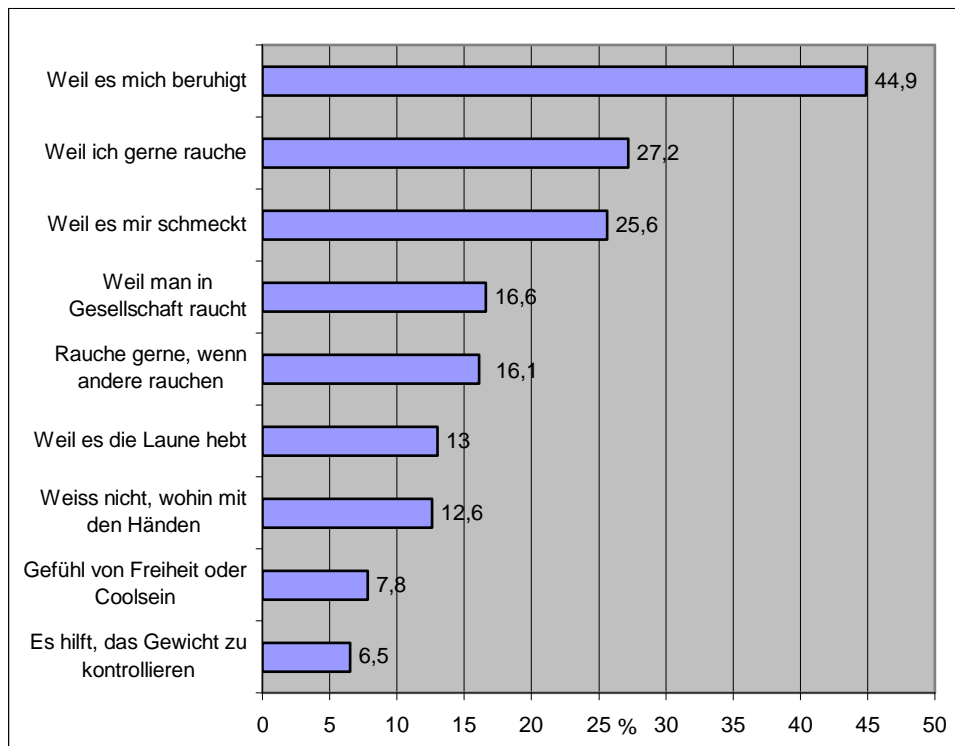
3.10.1 Gründe für Raucher, zu rauchen

Frage 7: Die am häufigsten von subjektiven Rauchern genannten Gründe für das Rauchen waren „Weil es mich beruhigt“ (44,9%) sowie mit einigem Abstand „Weil ich gerne rauche“ (27,2%) und „Weil es mir schmeckt“ (25,6%). Erst nachrangig folgten gesellschaftliche Motive wie „Weil man in Gesellschaft raucht“ (16,6%) und „Weil ich gerne rauche, wenn andere rauchen“ (16,1%), vgl. Abb. 20.

Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Im Landkreis wurden verglichen mit der Stadt signifikant häufiger „Weil es mich beruhigt“ (50,3% vs. 40%, $p < 0,001$) und „Weil es mir schmeckt“ (30,5% vs. 21,3%, $p < 0,001$) genannt.

Von den Konsumenten illegaler Drogen wurden im Vergleich zu den Nichtkonsumenten alle Gründe bis auf „Weil man in Gesellschaft raucht“ und „Weil ich gerne rauche, wenn andere rauchen“ signifikant häufiger genannt (p jeweils $< 0,001$).

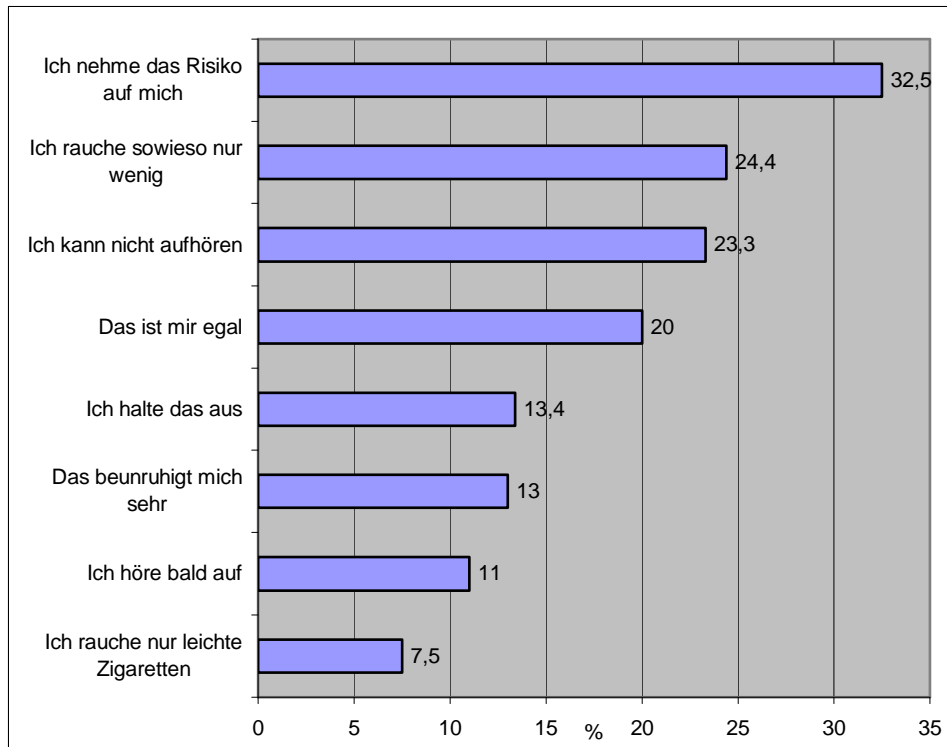
Abb. 20: Gründe für Raucher, zu rauchen

3.10.2 Gründe für Raucher, trotz Gesundheitsgefährdung zu rauchen

Frage 9: Die am häufigsten von subjektiven Rauchern genannten Gründe, trotz der damit verbundenen Gefährdung der Gesundheit zu rauchen waren „Ich nehme das Risiko auf mich“ (32,5%), „Ich rauche sowieso nur wenig“ (24,4%), „Ich kann nicht aufhören“ (23,3%) und „Das ist mir egal“ (20%), vgl. Abb. 21.

Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Im Landkreis wurden verglichen mit der Stadt signifikant häufiger „Ich nehme das Risiko auf mich“ (38,8% vs. 26,8%, $p < 0,001$), „Ich kann nicht aufhören“ (28,3% vs. 18,9%, $p < 0,001$) und „Ich bin gesund genug, um das aushalten zu können“ (17,4% vs. 9,7%, $p < 0,001$) genannt. Von den Konsumenten illegaler Drogen wurden im Vergleich zu den Nichtkonsumenten die Antwortmöglichkeiten „Ich nehme das Risiko auf mich“ (55,9% vs. 27,1%), „Das ist mir egal“ (38,8% vs. 15,8%) und „Ich kann mit dem Rauchen nicht aufhören“ (37,5% vs. 20,5%) signifikant häufiger genannt (p jeweils $< 0,001$).

Abb. 21: Gründe für Raucher, trotz Gesundheitsgefährdung zu rauchen

3.10.3 Haltung der Freunde zum eigenen Rauchen

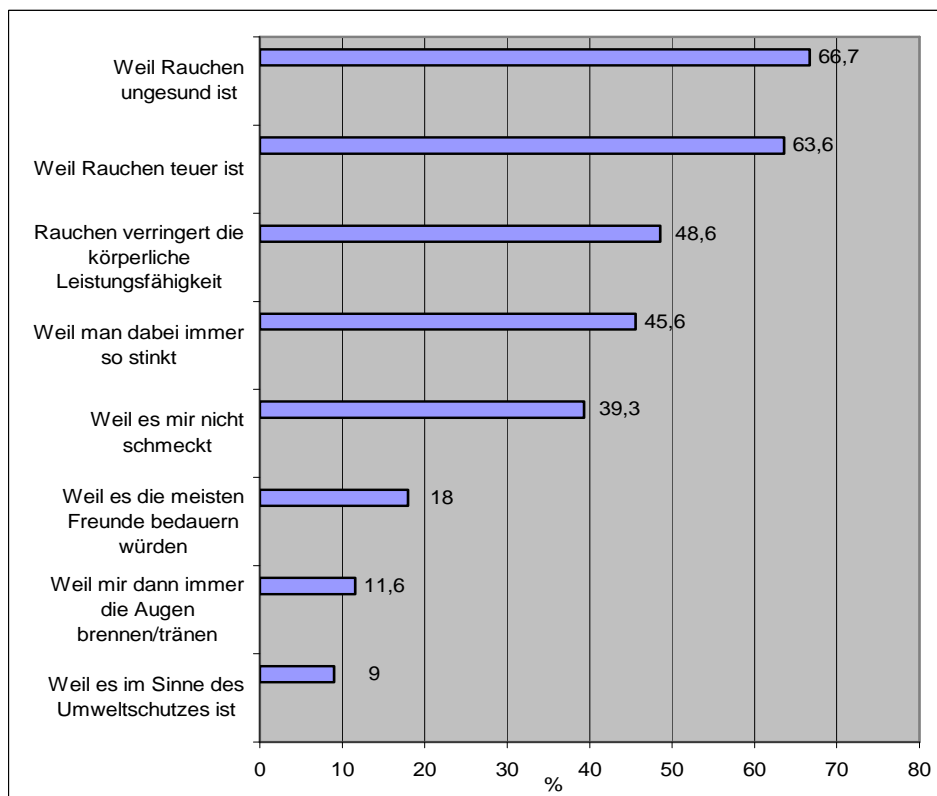
Frage 8: Die subjektiven Raucher vermuteten am häufigsten (40,6%), dass es ihren Freunden egal ist, ob sie rauchen oder nicht. Knapp ein Viertel (22,5%) gaben an, dass ihre Freunde es befürworten würden, sollten sie aufhören, zu rauchen, lediglich 4,8% berichteten, dass ihre Freunde dies bedauern würden.

Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Geschlechts und der Herkunft. Von den Konsumenten illegaler Drogen wurden im Vergleich zu den Nichtkonsumenten signifikant häufiger „Die meisten meiner Freunde würde es bedauern, wenn ich jetzt aufhören würde, zu rauchen“ (10,3% vs. 3,6%, $p < 0,001$) und „Meinen Freunden ist es egal, ob ich rauche oder nicht“ (53,5% vs. 37,7%, $p < 0,001$) geantwortet.

3.10.4 Gründe für Nichtraucher, nicht zu rauchen

Frage 10: Die am häufigsten genannten Gründe für Nichtraucher, nicht zu rauchen, waren „Weil Rauchen ungesund ist“ (66,7%) und „Weil es teuer ist“ (63,6%). Knapp die Hälfte der Nichtraucher fürchtete eine Herabsetzung der körperlichen Leistungsfähigkeit und dass man beim Rauchen stinkt (48,6% bzw. 45,6%), 39,3% berichteten, dass es ihnen nicht schmeckt, vgl. Abb. 22.

Abb. 22: Gründe für Nichtraucher, nicht zu rauchen



Von den Jungen wurde im Vergleich zu den Mädchen signifikant häufiger „Weil es die körperliche Leistungsfähigkeit verringert“ genannt (53,1% vs. 43,9%, $p < 0,001$), die Mädchen antworteten signifikant häufiger „Weil man dabei stinkt“ (50,9% vs. 40,3%, $p < 0,001$).

In der Stadt wurde verglichen mit dem Umland signifikant häufiger „Weil es die körperliche Leistungsfähigkeit verringert“ genannt (52,7% vs. 43,2%, $p < 0,001$).

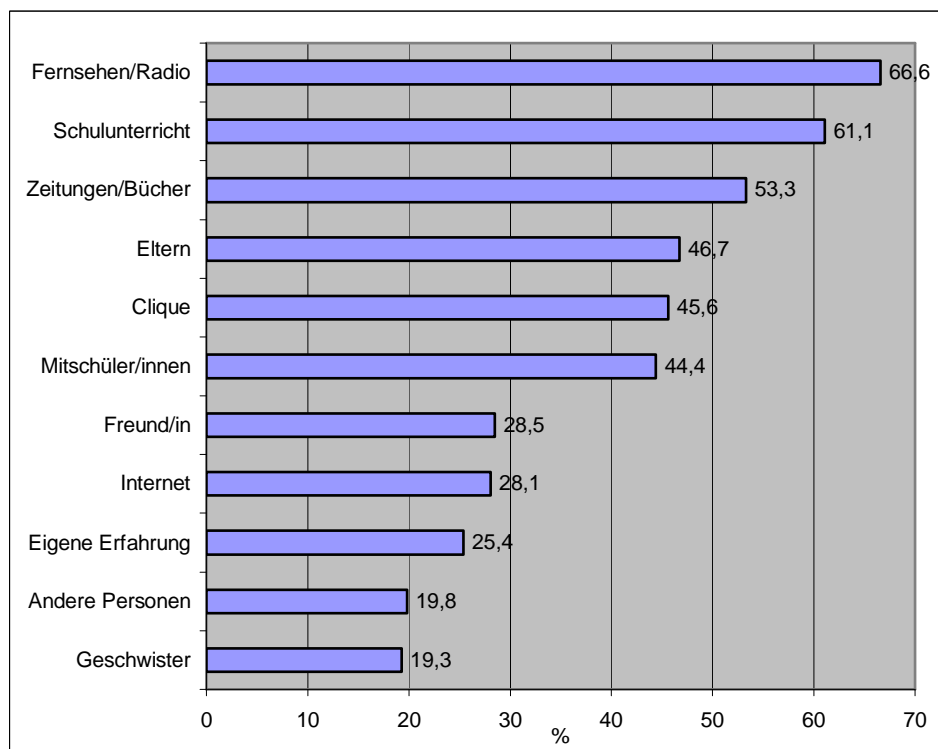
Von den Konsumenten illegaler Drogen wurden im Vergleich zu den Nichtkonsumenten alle Antwortmöglichkeiten bis auf „Weil es im Sinne des Umweltschutzes ist, nicht zu rauchen“, „Weil mir dann immer die Augen brennen/tränen“ und „Weil es die meisten meiner Freunde bedauern würden,...“ signifikant häufiger genannt (p jeweils $< 0,001$).

3.11 Wissen über Suchtmittel

3.11.1 Informationsquellen über Suchtmittel

Frage 1: Die wichtigsten Informationsquellen über Suchtmittel waren für die Schüler das Fernsehen bzw. Radio (66,6%), der Schulunterricht (61,1%) und gedruckten Medien (53,3%), mit einigem Abstand folgten die Eltern (46,7%), die Clique (45,6%) und Mitschüler/innen (44,4%), vgl. Abb. 23 a.

Abb. 23 a: Aus welchen Quellen stammt Dein Wissen über Suchtmittel?

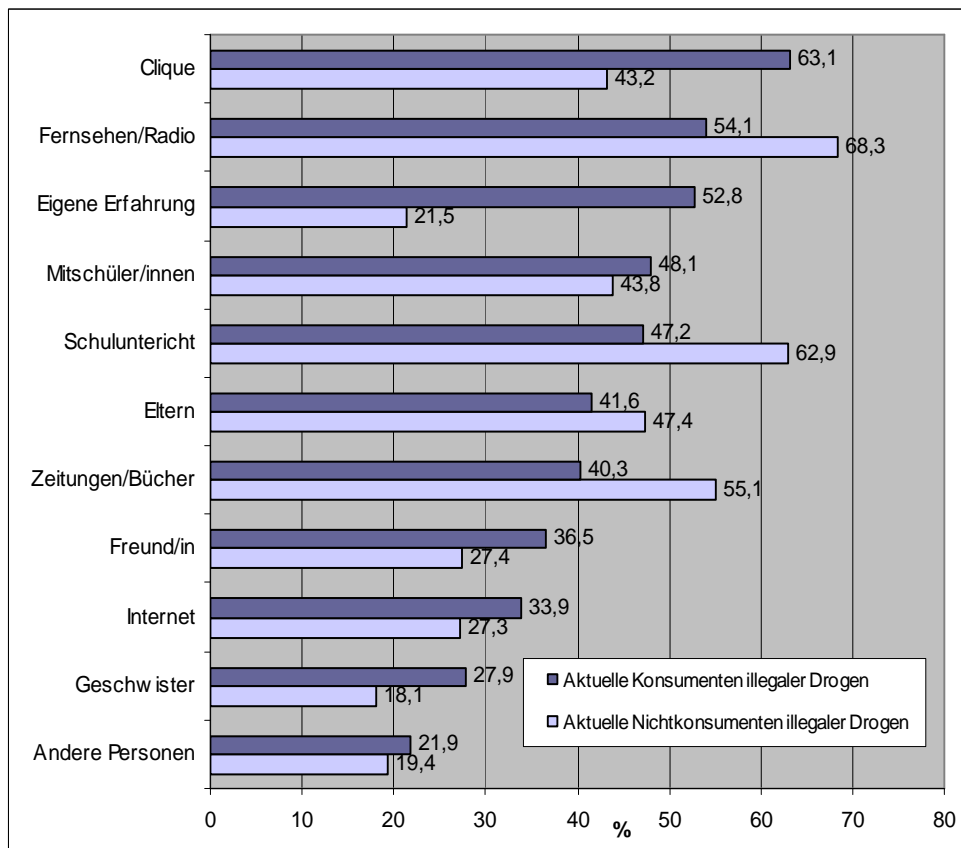


In der Stadt wurden verglichen mit dem Landkreis signifikant häufiger die Eltern (50,4% vs. 42,2%, $p < 0,001$) und Mitschüler/innen (48,1% vs. 39,9%, $p < 0,001$) genannt.

Von den Jungen wurden signifikant häufiger das Internet (32% vs. 24,3%, $p < 0,001$) und eigene Erfahrungen (28,6% vs. 22,3%, $p < 0,001$) als Informationsquellen über Suchtmittel genannt, die Mädchen antworteten signifikant häufiger (p jeweils $< 0,001$) mit „Fernsehen bzw. Radio“ (70,3% vs. 62,7%), „Zeitungen, Zeitschriften oder Bücher“ (63,3% vs. 43%) und „Clique“ (49,3% vs. 41,9%).

Von den Konsumenten illegaler Drogen wurden signifikant häufiger (p jeweils $<0,001$) die „Clique“, „Eigene Erfahrungen“ und „Geschwister“ als Wissensquellen über Suchtmittel genannt, von den Nichtkonsumenten illegaler Drogen wurden signifikant häufiger (p jeweils $<0,001$) „Fernsehen/Radio“, „Schulunterricht“ und „Zeitungen, Zeitschriften oder Bücher“ angegeben, vgl. Abb. 23 b. Konsumenten illegaler Drogen scheinen also zur Suchtprävention über die Schule und Medien schwerer erreichbar zu sein als Nichtkonsumenten. Ähnliche Ergebnisse ließen sich auch beim Vergleich der Raucher mit den Nichtraucher beobachten.

Abb. 23 b: Aus welchen Quellen stammt Dein Wissen über Suchtmittel?

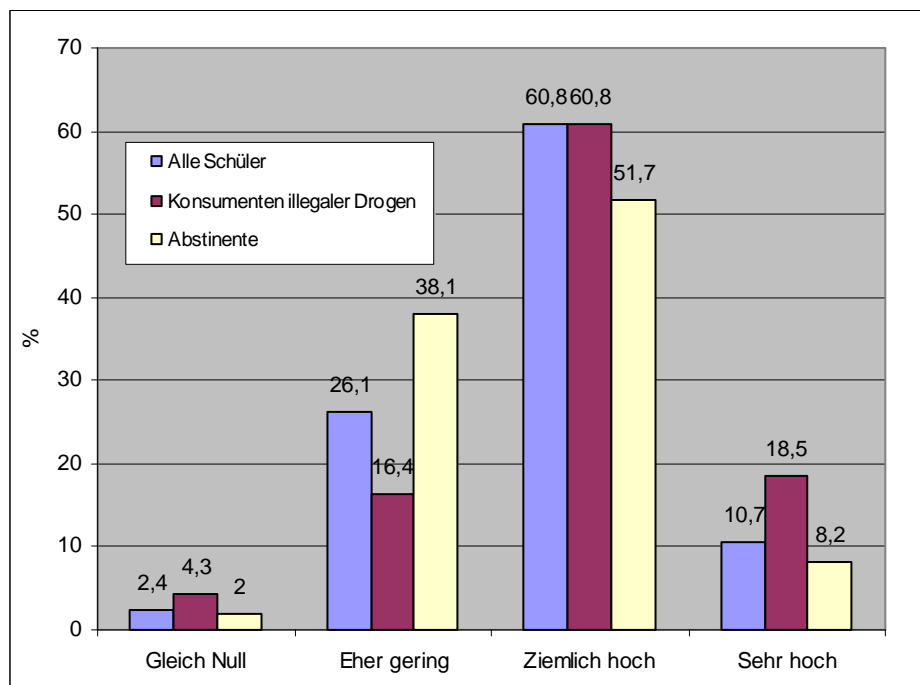


3.11.2 Informationsstand über Suchtmittel

Frage 2: Die Mehrzahl der Schüler (60,8%) schätzte den eigenen Informationsstand über Suchtmittel als „ziemlich hoch“ ein, 26,1% beurteilten ihn als „eher gering“, 10,7% als „sehr hoch“ und 2,4% als „gleich Null“.

Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Geschlechts und der Herkunft. Beim Vergleich der Konsumenten mit den Nichtkonsumenten illegaler Drogen fanden sich signifikante Unterschiede bei den Antwortmöglichkeiten „sehr hoch“ (ID/N = 18,5% vs. 9,6%, $p < 0,001$) und „eher gering“ (ID/N = 16,4% vs. 27,3%, $p < 0,001$). Demnach schätzen die Konsumenten illegaler Drogen ihren Informationsstand höher ein als die Nichtkonsumenten. Ähnliche Ergebnisse ließen sich auch beim Vergleich der Raucher mit den Nichtraucher beobachten. Die Gruppe der Abstinente schätzte ihren Informationsstand über Suchtmittel signifikant geringer als die Gesamtstichprobe, vgl. Abb. 24.

Abb. 24: Wie hoch schätzt Du Deinen Informationsstand über Suchtmittel ein?

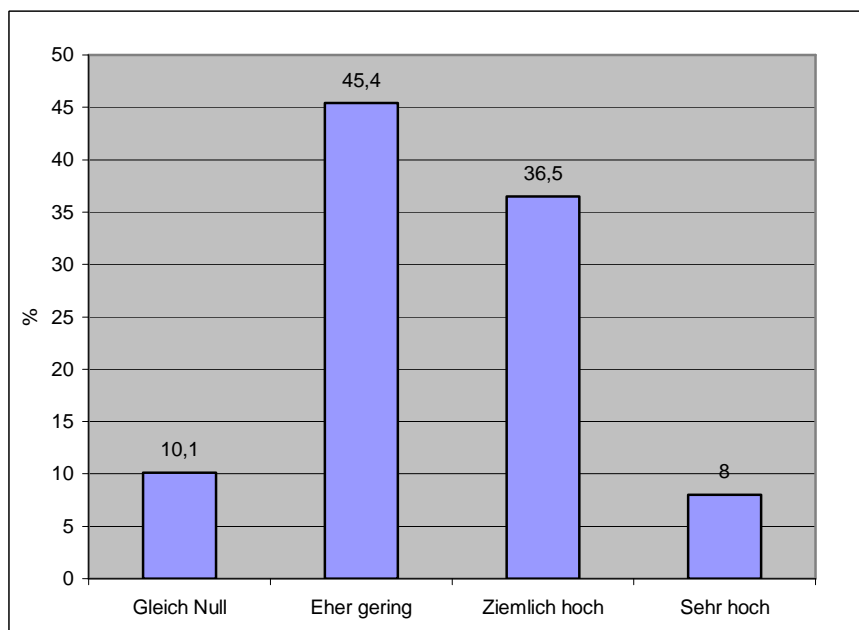


3.11.3 Informationsstand über Suchtkrankenhilfe

Frage 3: Der Informationsstand über Hilfsangebote bei Problemen mit Suchtmitteln wurde geringer eingeschätzt als der eigene Kenntnisstand über Suchtmittel:

Lediglich 8% der Schüler beurteilten diesen als „sehr hoch“ und 36,5% als „ziemlich hoch“, 45,4% dagegen als „eher gering“ und 10,1% als „gleich Null“, vgl. Abb. 25.

Abb. 25: Wie hoch schätzt Du Deinen Informationsstand über Hilfsangebote bei Problemen mit Suchtmitteln ein?

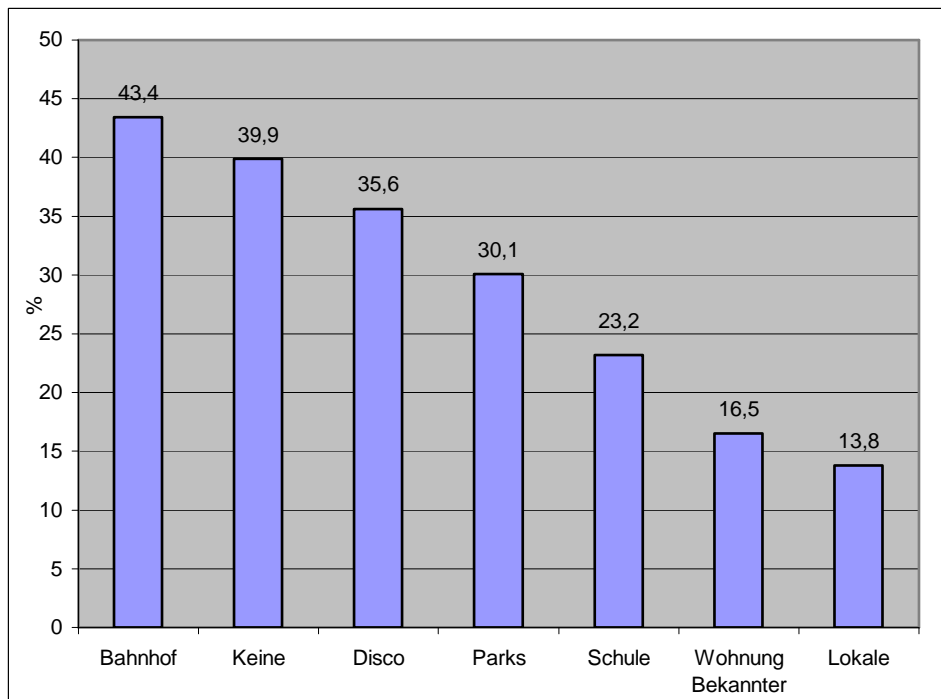


In Bezug auf den (empfundene) Informationsstand der Schüler über Möglichkeiten der Suchtkrankenhilfe zeigten sich signifikante (p jeweils $<0,001$) Unterschiede zwischen den Geschlechtern (Antwort „Sehr hoch“: M/W = 7% vs. 9,1%, Antwort „Ziemlich hoch“: M/W = 33% vs. 40%, Antwort „Eher gering“: M/W = 47,4% vs. 43,3%, Antwort „Gleich Null“: M/W = 12,7% vs. 7,5%). Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Stadt und Land, den Konsumenten und Nichtkonsumenten illegaler Drogen, den Rauchern und Nichtrauchern sowie den Abstinente im Vergleich zur Gesamtstichprobe.

3.11.4 Kenntnis von Orten des Erwerbs illegaler Drogen

Frage 17: Allgemein vermutete Orte, an denen man illegale Drogen kaufen könnte, waren der Bahnhof (43,4%), die Disco (35,6%) und Parks (30,1%), mit 23,2% wurde jedoch auch die Schule erstaunlich oft genannt. 39,9% der Schüler gaben an, keine Orte zu kennen, an denen sie illegale Drogen kaufen könnten, vgl. Abb. 26 a.

Abb. 26 a: Welche Orte kennst Du, an denen Du illegale Drogen kaufen könntest?



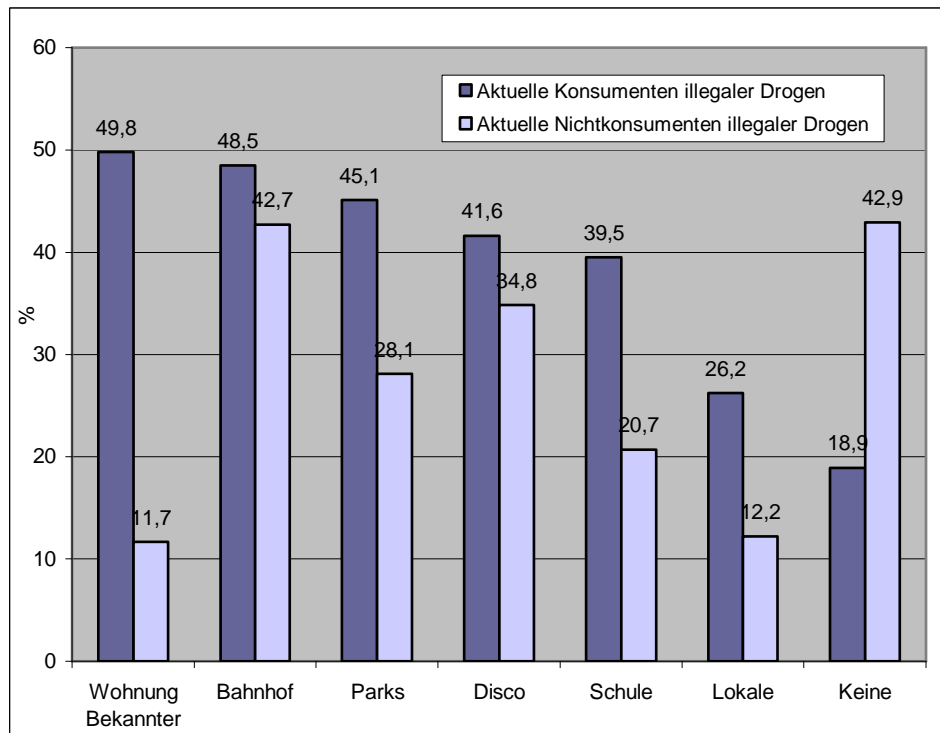
Von den Mädchen wurde signifikant häufiger die Disco (39,9% vs. 31,1%, $p < 0,001$) als ein Ort angesehen, an dem man illegale Drogen kaufen könnte, von den Jungen wurde signifikant häufiger die Schule (27,8% vs. 18,6%, $p < 0,001$) genannt.

Im Umland wurde im Vergleich zur Stadt signifikant häufiger die Disco (40% vs. 31,8%, $p < 0,001$) als ein Ort des Erwerbs illegaler Drogen angesehen.

Erwartungsgemäß beantworteten Konsumenten illegaler Drogen die Frage häufiger als Nichtkonsumenten. Von ihnen wurden bevorzugt die Wohnung von Bekannten (49,8%), der Bahnhof (48,5%) und Parks (45,1%) genannt, es folgten die Disco (41,6%), die Schule (39,5%) und Lokale (26,2%). Bis auf „Bahnhof“ und „Disco“ lagen ihre Angaben signifikant (p jeweils $< 0,001$) über denen der Nichtkonsumenten illegaler Drogen, diese gaben jedoch mit 42,9% vs. 18,9% signifikant ($p < 0,001$) häufiger an, keine Orte zu kennen, an denen man illegale Drogen kaufen könnte, vgl. Abb. 26 b.

Ähnliche Ergebnisse wie bei den aktuellen Konsumenten und Nichtkonsumenten illegaler Drogen ließen sich auch bei den Rauchern und Nichtrauchern beobachten.

Abb. 26 b: Welche Orte kennst Du, an denen Du illegale Drogen kaufen könntest?



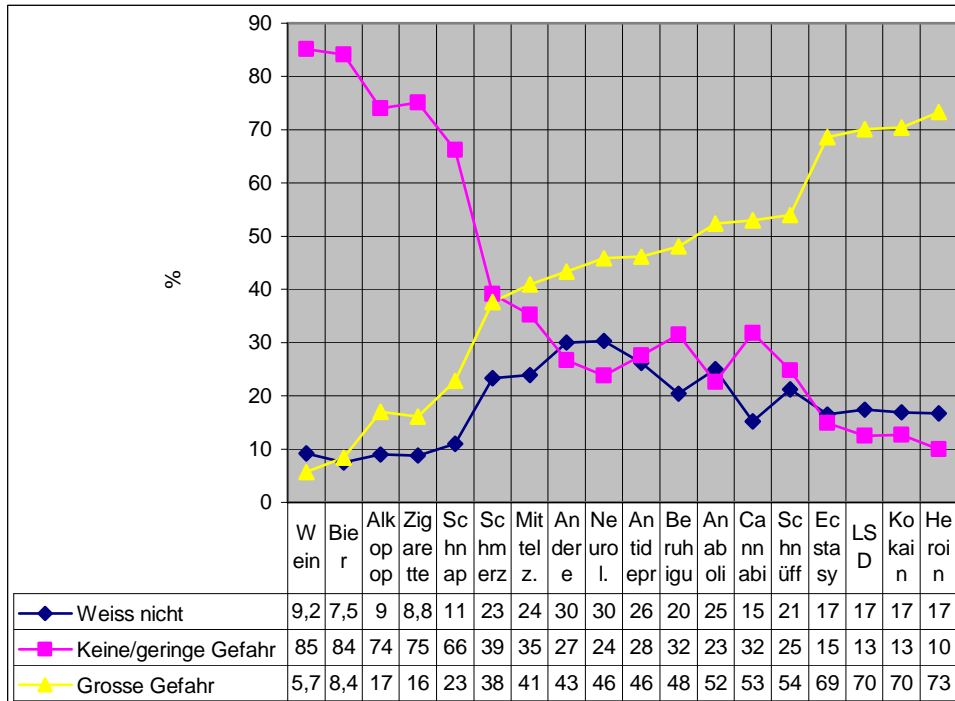
3.11.5 Einschätzung der Gefährlichkeit von Suchtmitteln

Frage 28: 73,3% der Schüler schätzen die Gefahr eines ein- oder zweimaligen Konsums von Heroin als groß ein, 70,4% gaben dies für Kokain an, es folgten LSD (70,1%), Ecstasy (68,6%), Schnüffelfstoffe (54%) und Haschisch bzw. Marihuana (53%).

Anabolika wurden bezüglich eines Probierkonsums von 52,4% als sehr gefährlich angesehen, sie konnten in ihrer Gefährlichkeit bei ein- oder zweimaligem „Probieren“ zusammen mit Beruhigungsmitteln, anderen vom Arzt nicht verordneten Medikamenten, Antidepressiva, Neuroleptika, Mitteln zum Abnehmen und Schmerzmitteln am schlechtesten eingeschätzt werden, d. h. die Quote derer, die „Weiß nicht“ angekreuzt haben, war hier am größten.

Alkohol und Zigaretten wurden bezüglich eines Probierkonsums als am wenigsten gefährlich angesehen und konnten in ihrer Gefährlichkeit am sichersten eingeschätzt werden.

**Abb. 27: Wie schätzt Du die körperlichen und seelischen Gefahren
u. g. Substanzen ein, wenn man sie ein- oder zweimal probiert?**



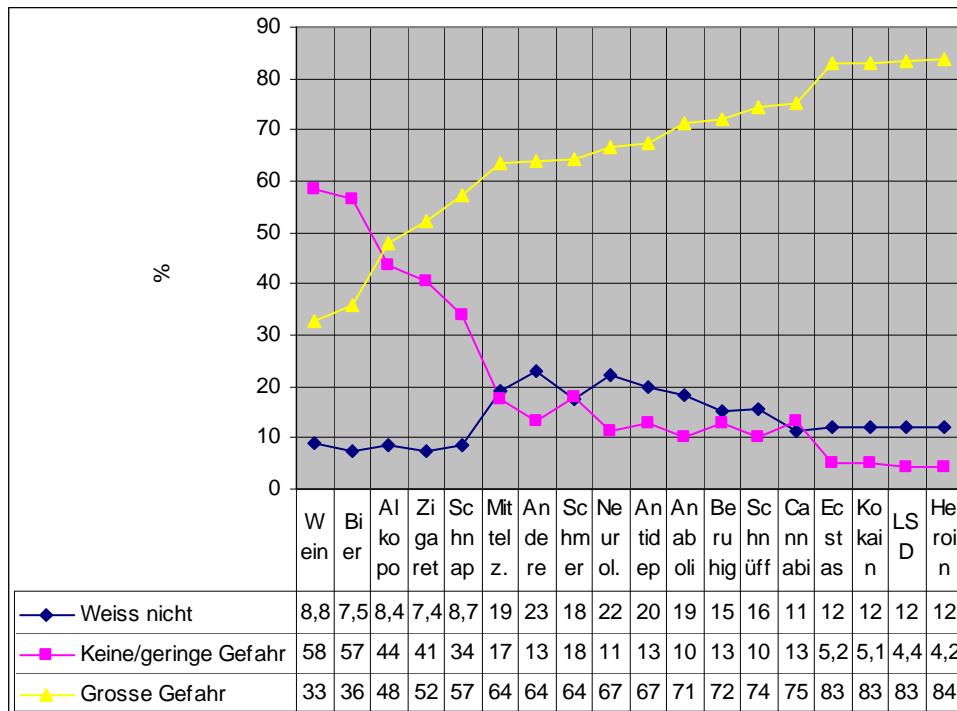
Frage 29: Bezüglich eines regelmäßigen Konsums wurden ebenfalls die illegalen Drogen als am gefährlichsten angesehen: 83,9% der Jugendlichen schätzten die Gefahr eines mehrmals wöchentlichen Konsums von Heroin als groß ein, 83,4% gaben dies für LSD an, es folgten Kokain (83%), Ecstasy (82,8%), Cannabis (75,3%) und Schnüffelfstoffe (74,3%).

Medikamente (Beruhigungsmittel, Anabolika, Antidepressiva, Neuroleptika, Schmerzmittel, Mittel zum Abnehmen und andere vom Arzt nicht verordnete Medikamente) konnten in ihrer Gefährlichkeit bei regelmäßigem Konsum am schlechtesten eingeschätzt werden, d. h. die Quote derer, die „Weiß nicht“ angekreuzt haben, war hier am größten.

Knapp 60% der Schüler schätzten die Gefährlichkeit eines regelmäßigen Konsums von Wein als gering und nur etwa ein Drittel als groß ein, bei Schnaps verhielt es sich genau umgekehrt. Es zeigten sich demnach deutliche Unterschiede bei der Beurteilung der Gefährlichkeit eines regelmäßigen Konsums der verschiedenen Alkoholika.

Bezüglich eines Konsums mehrmals in der Woche wurden ebenfalls Alkohol und Nikotin als am wenigsten gefährlich angesehen und konnten am sichersten eingeschätzt werden.

**Abb. 28: Wie schätzt Du die körperlichen und seelischen Gefahren
u. g. Substanzen ein, wenn man sie mehrmals in der Woche einnimmt?**



Die Unsicherheit (Antwort „Weiß nicht“) bezüglich der Gefahren eines Probierkonsums von Cannabis war im Landkreis signifikant höher als in der Stadt ($p < 0,001$).

Bei den Jungen war die Unsicherheit bezüglich der Gefahren eines Probierkonsums von Mitteln zum Abnehmen und von Schmerzmitteln signifikant höher als bei den Mädchen, diese schätzten jedoch die Gefahren eines Probierkonsums von Haschisch bzw. Marihuana sowie eines regelmäßigen Konsums von allen aufgeführten Substanzen signifikant häufiger als groß ein (p jeweils $< 0,001$).

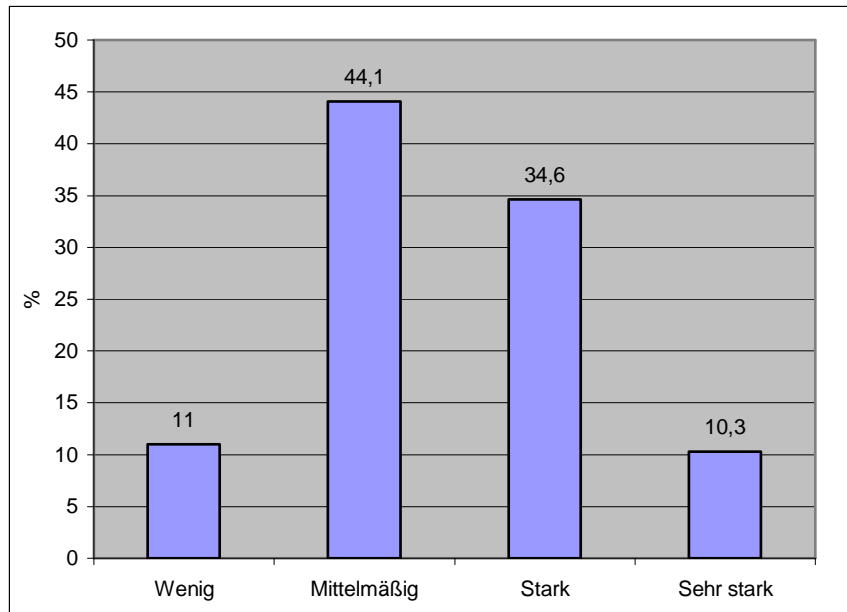
Konsumenten illegaler Drogen schätzten die Gefährlichkeit eines regelmäßigen Konsums von Zigaretten, Anabolika, Schnüffelpulver und allen illegalen Drogen signifikant geringer ein als Nichtkonsumenten illegaler Drogen (p jeweils $< 0,001$).

Nichtraucher sahen in einem regelmäßigen Konsum von allen Substanzen mit Ausnahme von Bier, Alkopops, Schmerzmitteln, Mitteln zum Abnehmen und anderen nicht verordneten Medikamenten signifikant häufiger eine große Gefahr als Raucher (p jeweils $< 0,001$).

3.12 Gesundheitsbewusstsein

Frage 4: Das Ausmaß des eigenen Gesundheitsbewusstseins wurde von 44,1 % der Schüler als „mittelmäßig“ beschrieben, es folgten die Antwortmöglichkeiten „stark“ (34,6%) sowie mit größerem Abstand „wenig“ (11%) und „sehr stark“ (10,3%), vgl. Abb. 29.

Abb. 29: Wie sehr achtest Du mit Deiner Lebensweise auf Deine Gesundheit?



Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bezogen auf das Geschlecht und die Region. Beim Vergleich der Konsumenten und Nichtkonsumenten illegaler Drogen sowie der Raucher und Nichtraucher fiel auf, dass die aktuellen Nichtkonsumenten bzw. Nichtraucher deutlich mehr auf ihre Gesundheit achteten (Antwort „wenig“ signifikant seltener, Antwort „sehr stark“ signifikant häufiger; p jeweils $<0,001$).

Als gesundheitsbewusst wurden nun diejenigen bezeichnet, die angaben, sie würden „stark“ oder „sehr stark“ auf ihre Gesundheit achten, als wenig gesundheitsbewusst diejenigen, die nur „mittelmäßig“ oder „wenig“ auf ihre Gesundheit achteten. Nach dieser Definition galten 44,9% der Schüler als gesundheitsbewusst, und 55,1% als wenig gesundheitsbewusst.

Der Einfluss des Gesundheitsbewusstseins auf den Alkoholkonsum zeigte sich am Beispiel des riskanten Alkoholtrinkens: Fast die Hälfte (48,9%) der Gesundheitsbewussten hatte noch nie einen Alkoholrausch erlebt, bei den wenig Gesundheitsbewussten waren es 25%. Von den Gesundheitsbewussten hatten 33,5% in den letzten 30 Tagen eine oder mehrere „binge drinking“-Episoden mit Wein erlebt, bei den wenig Gesundheitsbewussten waren es 39,5% (Bier: 55,3% vs. 69,2%, Schnaps: 40,8% vs. 54,4%, Alkopops: 46,6% vs. 58,4%).

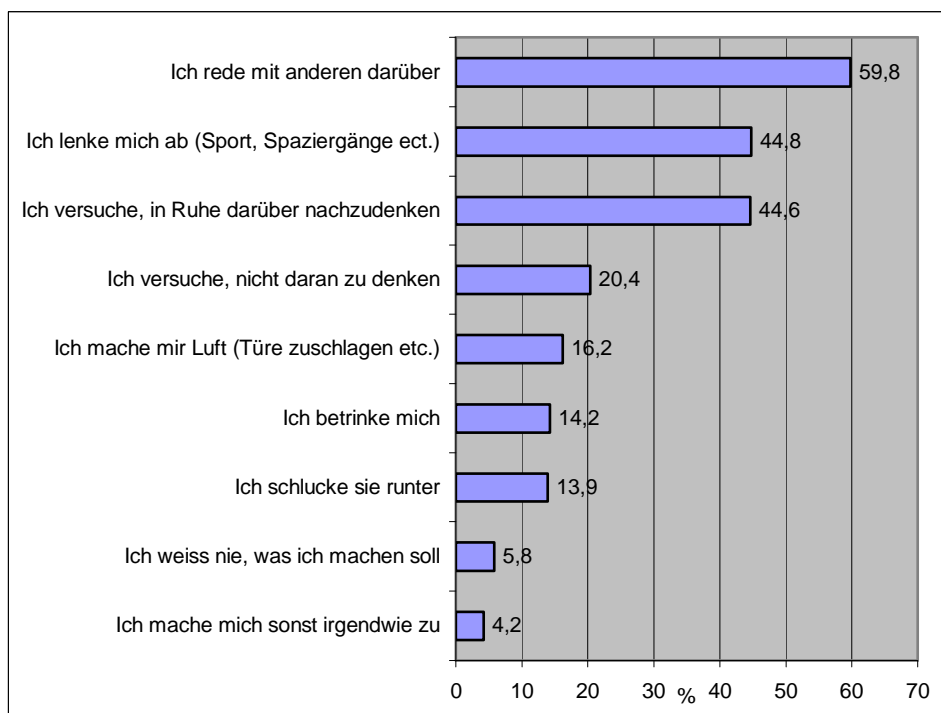
Der Zusammenhang zwischen dem Gesundheitsbewusstsein und dem Rauchen war noch stärker ausgeprägt: Bei starkem Gesundheitsbewusstsein hatten 33,1% der Jugendlichen noch nie geraucht, bei denen, die wenig oder gar nicht auf ihre Gesundheit achteten, betrug der Anteil der Nieraucher 17,4%. Von den Gesundheitsbewussten waren 30,5% aktuelle Raucher, bei den wenig Gesundheitsbewussten waren es 58,2%.

Auch der Konsum illegaler Drogen wurde durch das Gesundheitsbewusstsein beeinflusst: Während von den Gesundheitsbewussten 88,1% noch nie illegale Drogen probiert hatten, waren es bei den denen, die wenig oder gar nicht auf ihre Gesundheit achteten, lediglich 70,8%. Während von den Gesundheitsbewussten 9,8% im letzten Jahr Cannabis konsumiert hatten, waren es bei den wenig Gesundheitsbewussten 23%.

3.13 Problembewältigungsstrategien

Frage 5: Die von den Schülern am häufigsten genannten Strategien, mit ihren Problemen umzugehen waren „Ich rede mit anderen darüber“ (59,8%), „Ich lenke mich ab (Sport, Spaziergänge ect.)“ (44,8%) und „Ich versuche, in Ruhe darüber nachzudenken“ (44,6%), vgl. Abb. 30a.

Abb. 30 a: Wie versuchst Du, mit Deinen Problemen umzugehen?



Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Herkunft.

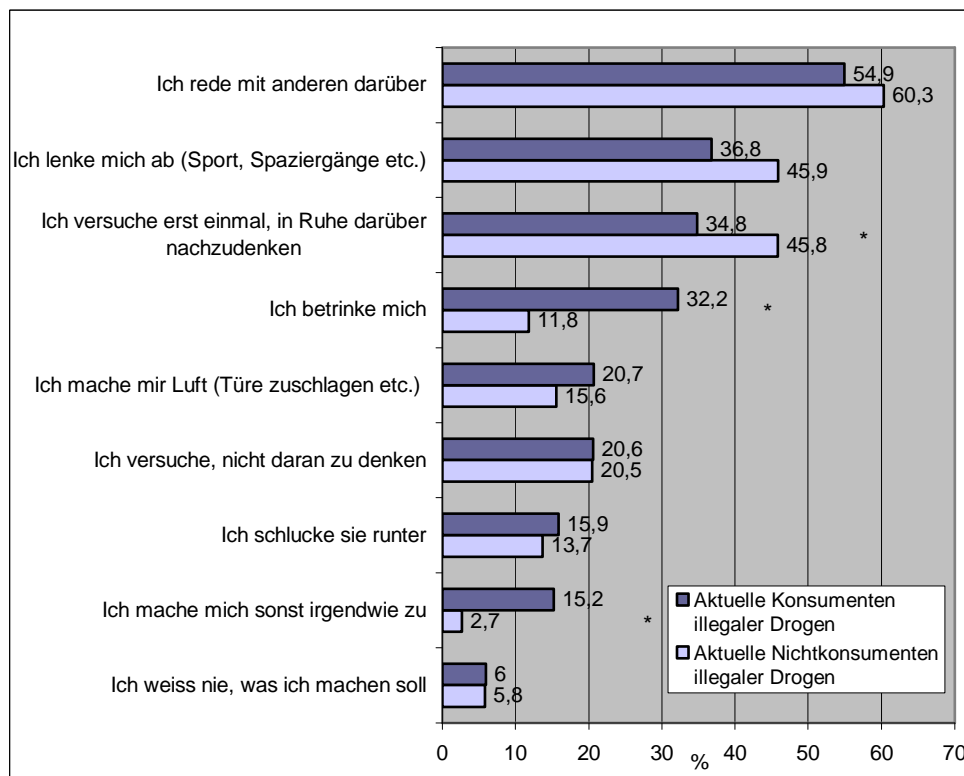
Die Mädchen berichteten signifikant häufiger als die Jungen darüber, dass sie bei Problemen mit anderen darüber reden (72,2% vs. 47,1%, $p < 0,001$) oder sich sonst irgendwie Luft machen (19,4% vs. 12,9%, $p < 0,001$), Jungen hingegen betranken sich bei Problemen signifikant häufiger als Mädchen (17,8% vs. 10,6%, $p < 0,001$).

Von den Konsumenten illegaler Drogen wurden im Vergleich zu den Nichtkonsumenten signifikant häufiger „Ich betrinke mich“ (bereits an 4. Stelle aller Angaben) und „Ich mache mich sonst irgendwie zu“ genannt (p jeweils $< 0,001$). Von den Nichtkonsumenten wurde signifikant häufiger „Ich versuche erst einmal, in Ruhe darüber nachzudenken“ geantwortet ($p < 0,001$), vgl. Abb. 30 b.

Von den Rauchern wurden im Vergleich zu den Nichtraucher signifikant häufiger „Ich betrinke mich“ und „Ich mache mich sonst irgendwie zu“ genannt (p jeweils $< 0,001$), von den Nichtrauchern wurden signifikant häufiger „Ich lenke mich ab (Sport, Spaziergänge etc.)“ und „Ich versuche erst einmal, in Ruhe darüber nachzudenken“ genannt (p jeweils $< 0,001$).

Abb. 30 b: Wie versuchst Du, mit Deinen Problemen umzugehen?

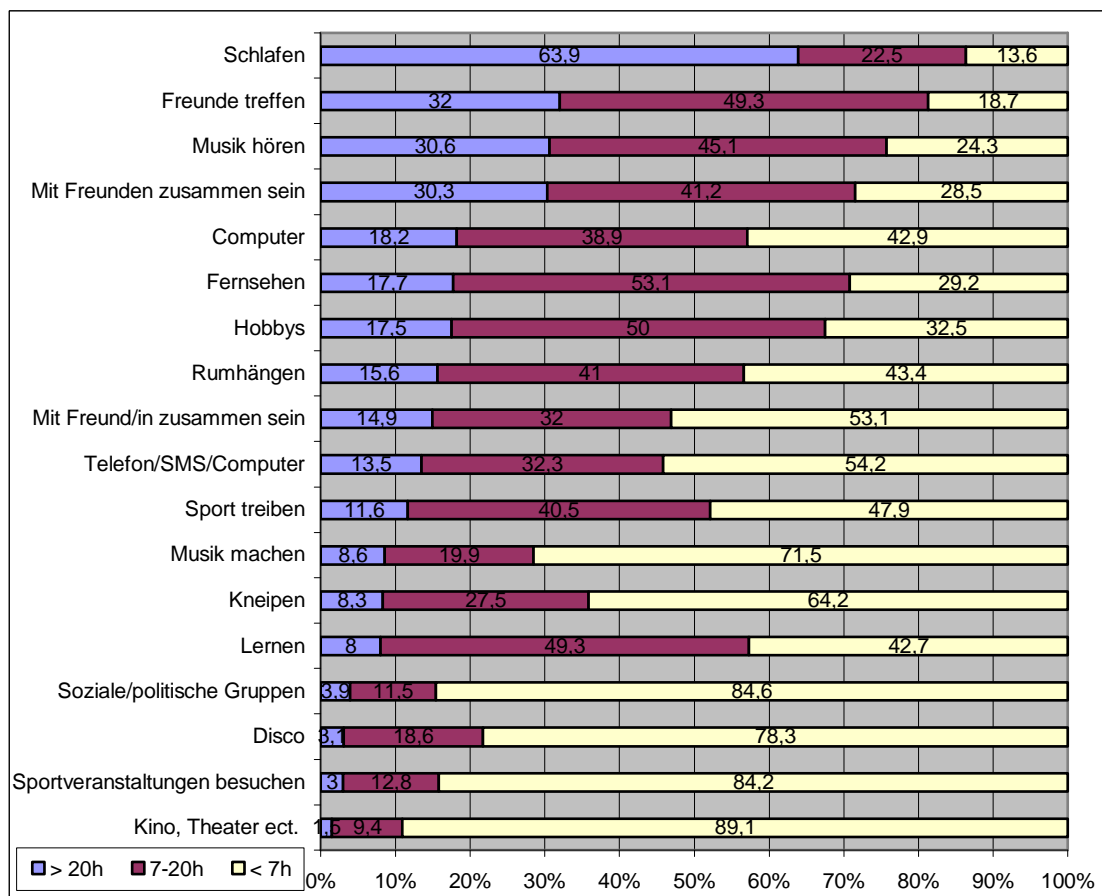
(* signifikant nach Bonferroni Korrektur)



3.14 Freizeitaktivitäten

Frage 6: Die am häufigsten von den Schülern genannten Freizeitaktivitäten (neben Schlafen) waren Freunde treffen (>20h pro Woche: 32%), Musik hören (>20h pro Woche: 30,6%) und mit Freunden zusammen sein (>20h pro Woche: 30,3%), vgl. Abb. 31.

Abb. 31: Freizeitaktivitäten



An regelmäßigen oder häufigen (7 oder mehr Stunden pro Woche) Freizeitaktivitäten wurden von den Jungen signifikant häufiger „Computerspielen, hacken etc.“ (64,9% vs. 49,5%, $p < 0,001$) und „Sport treiben“ (64,7% vs. 39,9%, $p < 0,001$) genannt, von den Mädchen wurden signifikant häufiger (p jeweils $< 0,001$) „Musik hören“ (79,8% vs. 71,4%), „Lernen“ (62,8% vs. 51,7%), „Mit Freund/in zusammen sein“ (63,1% vs. 50,3%) und „Telefonieren/SMS“ (57,2% vs. 34,1%) genannt.

Schüler in der Stadt machten signifikant häufiger regelmäßig oder häufig Musik als Schüler auf dem Land (31,7% vs. 24,6%, $p < 0,001$).

Von den Konsumenten illegaler Drogen wurden im Vergleich zu den Nichtkonsumenten illegaler Drogen an regelmäßigen und häufigen Freizeitaktivitäten signifikant häufiger „Mit Freund/in zusammen sein“ (65,9% vs. 55,8%), „Einfach rumhängen“ (64,9% vs. 55,5%), „In Kneipen gehen“ (61,3% vs. 32,3%), „Telefonieren/SMS“ (56,1% vs. 44,5%), „Musik machen“ (37,9% vs. 27,2%) und „Disco“ (33,6% vs. 19,9%) genannt (p jeweils $< 0,001$), von den Nichtkonsumenten wurden signifikant häufiger „Lernen“ (59% vs. 44,9%, $p < 0,001$) und häufiger „sonstige Hobbys“ (68,3% vs. 61,9%, $p = 0,007$) genannt. Ähnliche Ergebnisse ließen sich auch beim Vergleich der Raucher mit den Nichtraucher beobachten.

Insgesamt fiel auf, dass die aktuellen Konsumenten illegaler Drogen und die Raucher zu einem intensiveren Freizeitverhalten neigten, d. h. es wurden vermehrt Angaben bei 28h & mehr gemacht (insbesondere bei „Fernsehen“ und „Musik hören“ - hier waren beim regelmäßigen Konsum kaum Unterschiede zur jeweiligen Vergleichsgruppe zu erkennen).

3.15 Suchtmittelabhängigkeit

3.15.1 Allgemeines

Frage 27: Nach dem DSM-IV gilt als abhängig von einer Substanz, wer mindestens drei der sieben DSM-IV Kriterien innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten erfüllt hat. Entsprechend wurden im Fragebogen 13 Items (bezogen auf die letzten 12 Monate), welche die DSM-IV Kriterien der Substanzabhängigkeit repräsentierten abgefragt und fünf übergeordneten Kriterien („Toleranzentwicklung“, „Körperliche Entzugssymptome“, „Kontrollverlust“, „Soziale Einbußen“ und „Inkaufnahme schädlicher Folgen“) zugeordnet, vgl. Tab. 5.

Es wurde nun berechnet, wie viele der nach o. g. Kriterien als abhängig geltenden Schüler zugleich einen Konsum der jeweiligen Substanz während der letzten 12 Monate angegeben hatten: Dies waren für Nikotin 317 von 323 und für Alkohol 292 von 297. Die nicht plausiblen Fälle wurden aus der Gesamtheit der Abhängigen entfernt. Nach Sicherstellung der Plausibilität konnten schließlich ca. 1/6 (16,6%) der Schüler als nikotinabhängig und etwas weniger (15,3%) als alkoholabhängig bezeichnet werden.

Tab. 5: Zuordnung der Items des Fragebogens zu DSM IV-Kriterien der Substanzabhängigkeit und übergeordneten Kriterien

Item	DSM-IV Kriterien	Übergeordnete Kriterien
1	1. Toleranzentwicklung	Toleranzentwicklung (DSM 1.), wenn Item 1 und/oder 2 zutrifft
2	1.	
3	2. Entzugssymptome oder Substanzgebrauch zur Abschwächung oder Vermeidung der Symptome	Körperliche Entzugssymptome (DSM 2.), wenn Item 3 und/oder 4 zutrifft
4	2.	
5	3. Substanzgebrauch länger oder in größeren Mengen als beabsichtigt	Kontrollverlust (DSM 3. + 4.), wenn Item 5 und/oder 6 zutrifft
6	4. Anhaltender Wunsch/erfolglose Versuche, Substanzgebrauch zu kontrollieren	
7	5. Hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Gebrauch und Erholung	Soziale Einbußen (DSM 5. + 6.) wenn Item 7, 8 und/oder 9 zutrifft
8	6. Aufgabe/Einschränkung von sozialen, beruflichen und Freizeitaktivitäten	
9	6.	
10	7. Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen	Inkaufnahme schädlicher Folgen (DSM 7.), wenn Item 10, 11, 12 und/oder 13 zutrifft
11	7.	
12	7.	
13	7.	

Es ist nun zu erwähnen, dass bei vorliegender Studie lediglich ein Fragebogen vorgelegt und um eine Selbsteinschätzung der Schüler gebeten wurde. Da o. g. Zahlen für Nikotin recht plausibel sind, für Alkohol jedoch sehr hoch liegen, wird im Folgenden auch in Bezug auf Alkohol zwar weiterhin von „Abhängigen“ gesprochen, korrekter handelt es sich aber um Schüler mit Symptomen einer Alkoholabhängigkeit bzw. eines –missbrauchs.

Es zeigte sich, dass die Toleranzentwicklung bei Alkohol verglichen mit derjenigen bei Nikotin von einem signifikant höherem Prozentsatz an Schülern angegeben wurde (27,9% vs. 18,8%, $p < 0,001$), während bei der Nikotinabhängigkeit körperliche Entzugssymptome signifikant häufiger genannt wurden (16,9% vs. 10,5% bei Alkohol, $p < 0,001$), vgl. Tab. 6.

Tab. 6: Abhängigkeitskriterien und Abhängigkeiten

Übergeordnetes Kriterium	Nikotin	Alkohol
Toleranzentwicklung	18,8	27,9
Körperliche Entzugssymptome	16,9	10,5
Kontrollverlust	24,5	24,9
Soziale Einbußen	9,2	12
Inkaufnahme schädlicher Folgen	15,9	18,6
Abhängigkeit	16,6	15,3

Angaben in Prozent

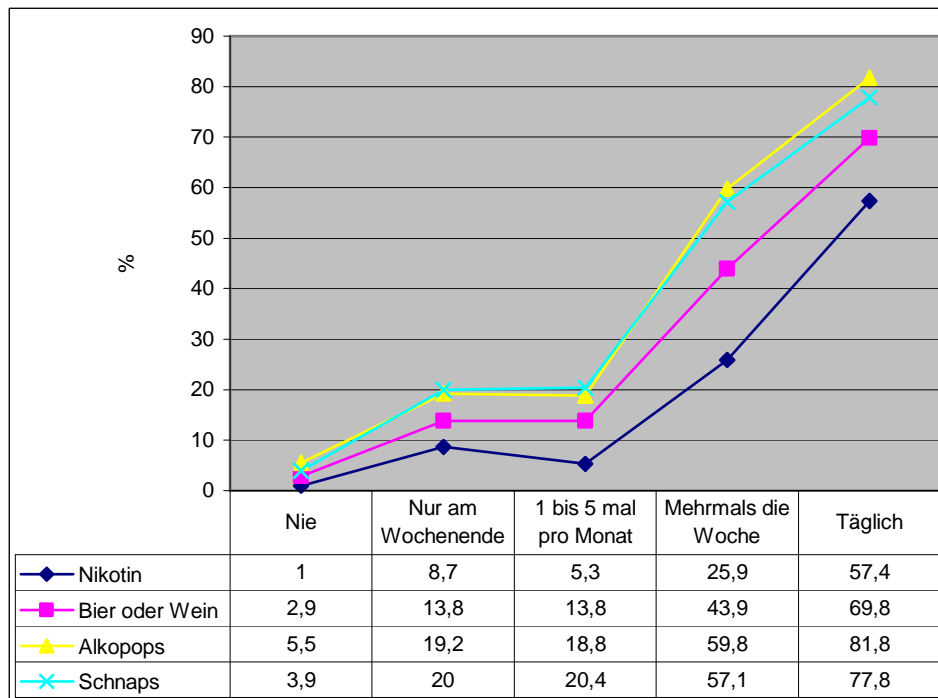
Abhängige waren im Durchschnitt älter als Nichtabhängige (Nikotin 15,37 vs. 15,20 Jahre, $p < 0,001$; Alkohol 15,28 vs. 15,22, $p = 0,152$), der Unterschied bei Nikotin war signifikant.

Während bei den Nikotinabhängigen die Mädchen überwogen (17,4% vs. 15,9%, $p = 0,371$), waren bei den Alkoholabhängigen die Jungen in der Mehrzahl (17,2% vs. 13,4%, $p = 0,02$). Es ist zu erwähnen, dass von den Jungen im Rahmen der Alkoholabhängigkeit bzw. des -missbrauchs die Toleranzentwicklung signifikant häufiger angegeben wurde als von den Mädchen (31,4% vs. 24,4%, $p < 0,001$).

Der Anteil der Abhängigen von Nikotin und Alkohol war auf dem Land tendenziell (jedoch nicht signifikant) höher als in der Stadt (Nikotin 19,2% vs. 14,5%, $p = 0,005$; Alkohol 16,5% vs. 14,3%, $p = 0,171$). Es ist hierbei zu erwähnen, dass auf dem Land im Rahmen der Nikotinabhängigkeit soziale Einbußen signifikant häufiger genannt wurden als in der Stadt (11,8% vs. 7,1%, $p < 0,001$).

Abb. 32 beschreibt den Anteil der Nikotinabhängigen bei aktuellem Nikotinkonsum und den Anteil der Alkoholabhängigen bei aktuellem Konsum von Bier oder Wein, Schnaps und alkoholischen Mischgetränken. Es zeigte sich, dass mit zunehmender Konsumhäufigkeit der Anteil der Abhängigen von Nikotin bzw. Alkohol deutlich anstieg: Den größten Anteil an Nikotinabhängigen stellten entsprechend die täglichen Raucher mit 57,4%, während nur 12,9% der nicht-täglichen Raucher nikotinabhängig waren. Vergleicht man nun die verschiedenen Alkoholika miteinander, so befanden sich Alkoholabhängige am häufigsten unter den täglichen Konsumenten von alkoholischen Mischgetränken (81,8%), gefolgt von Schnaps (77,8%) und Bier oder Wein (69,8%).

Abb. 32: Anteil der Nikotinabhängigen bei aktuellem Nikotinkonsum und Anteil der Alkoholabhängigen bei aktuellem Konsum verschiedener Alkoholika



Konsumenten illegaler Drogen waren mit einem Anteil von 44,2% (vs. 12,8%, $p < 0,001$) in Bezug auf Nikotin und mit 34,8% (vs. 12,6%, $p < 0,001$) in Bezug auf Alkohol von diesen Substanzen signifikant häufiger abhängig als Nichtkonsumenten illegaler Drogen.

Aktuelle Raucher waren signifikant häufiger von Nikotin (35,3% vs. 1%, $p < 0,001$) und Alkohol (26,2% vs. 6,1%, $p < 0,001$) abhängig als aktuelle Nichtraucher.

3.15.2 Alkoholabhängige

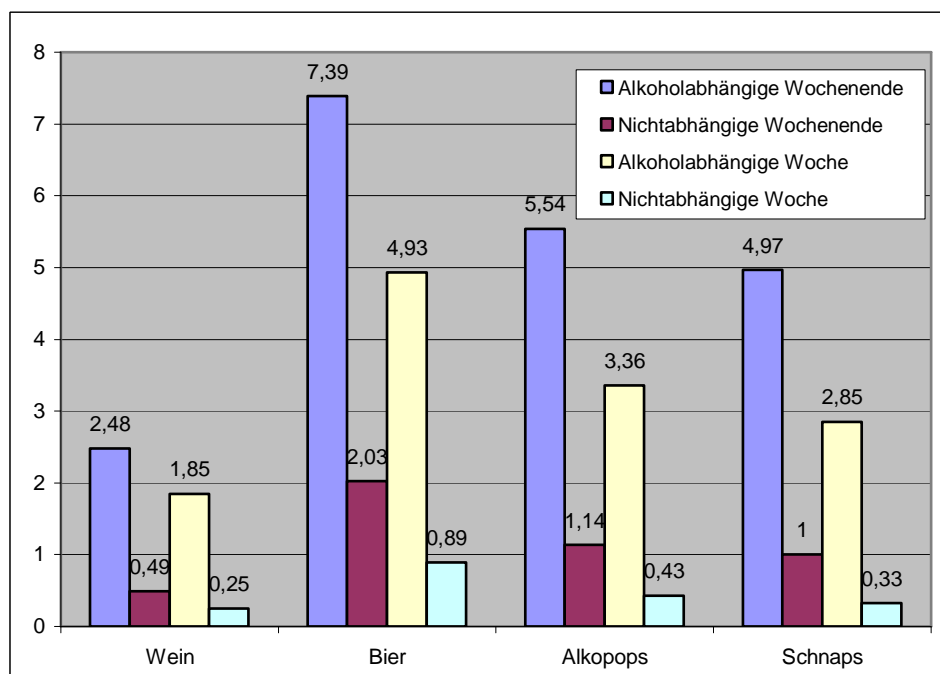
Die 30-Tage-Prävalenzen und die Lebenszeit-Prävalenzen aller Substanzen waren bei den Alkoholabhängigen signifikant höher als bei den Nichtabhängigen (p jeweils $< 0,001$).

Das Durchschnittsalter bei Erstkonsum von Zigaretten (11,63 vs. 12,39 Jahre), Wein oder Bier (12,13 vs. 12,87 Jahre), alkoholischen Mischgetränken (13,08 vs. 13,66 Jahre), Schnaps (13,28 vs. 13,80 Jahre) und Cannabis (13,65 vs. 14,19 Jahre) war bei den Alkoholabhängigen signifikant niedriger als bei den Nichtabhängigen (p jeweils $< 0,001$).

Die durchschnittliche Häufigkeit eines exzessiven Substanzkonsums innerhalb des letzten Monats („binge drinking“) war bei den Alkoholabhängigen in Bezug auf alle Substanzen im Vergleich zu den Nichtabhängigen um das ca. 3fache erhöht (Wein: 2,17 vs. 0,64 mal, Bier: 6,54 vs. 2,28 mal, Schnaps 4,72 vs. 1,39 mal, Alkopops: 5,23 vs. 1,7 mal; p jeweils <0,001).

Die Menge der am letzten Wochenende und innerhalb der letzten Woche konsumierten Substanzen war bei den Alkoholabhängigen in Bezug auf alle Substanzen signifikant höher als bei den Nichtabhängigen (p jeweils <0,001), vgl. Abb. 33.

Abb. 33: Durchschnittlich am letzten Wochenende bzw. während der Woche konsumierte Mengen u. g. Substanzen



Angaben in (v.l.n.r.): Schoppen (0,2l), Halbe (0,5l), Gläser (0,275l), Stamperl (0,02l)

Die Angaben der Alkoholabhängigen bzw. Nichtabhängigen wurden zu einer wöchentlichen Gesamtmenge addiert und aus dieser der durchschnittliche tägliche Konsum in der letzten Woche berechnet (Division durch 7). Es wurden hierbei für Bier 4 Vol%, für Schnaps 40 Vol%, für Alkopops 3 Vol% und für Wein 12 Vol% veranschlagt. So ergab sich für die Alkoholabhängigen eine durchschnittliche tägliche Alkoholaufnahme von 55g und für die Nichtabhängigen eine Menge von 11,3g (annähernd um den Faktor 5 geringer).

Die Alkoholabhängigen erfüllten alle Kriterien der Nikotinabhängigkeit signifikant häufiger als die Nichtabhängigen. Die Nikotinabhängigkeit wurde bei den alkoholabhängigen Schülern signifikant häufiger „diagnostiziert“ als bei den Nichtabhängigen (53,5% vs. 10%, $p < 0,001$).

3.15.3 Nikotinabhängige

Die 30-Tage-Prävalenzen aller Substanzen mit Ausnahme von Heroin und die Lebenszeit-Prävalenzen aller Substanzen waren bei den Nikotinabhängigen signifikant höher als bei den Nichtabhängigen (p jeweils $< 0,001$).

Das Durchschnittsalter bei Erstkonsum von Nikotin (11,65 vs. 12,42 Jahre), Wein oder Bier (12,35 vs. 12,84 Jahre) und Alkopops (13,25 vs. 13,63 Jahre) war bei den Nikotinabhängigen signifikant niedriger als bei den Nichtabhängigen (p jeweils $< 0,001$).

Die durchschnittliche Häufigkeit eines exzessiven Substanzkonsums innerhalb des letzten Monats („binge drinking“) war bei den Nikotinabhängigen in Bezug auf alle Substanzen signifikant höher als bei den Nichtabhängigen (p jeweils $< 0,001$).

Die Menge der am letzten Wochenende und innerhalb der letzten Woche vor der Erhebung konsumierten Substanzen war bei den Nikotinabhängigen in Bezug auf alle Substanzen signifikant höher als bei den Nichtabhängigen (p jeweils $< 0,001$).

Die Nikotinabhängigen erfüllten alle Kriterien einer Alkoholabhängigkeit signifikant häufiger als die Nichtabhängigen. Die Alkoholabhängigkeit bzw. der –missbrauch wurde bei den Nikotinabhängigen signifikant häufiger „diagnostiziert“ als bei den Nichtabhängigen (49,2% vs. 8,5%, $p < 0,001$).

3.16 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)

3.16.1 Allgemeines

Frage 19: Abgefragt wurden 18 Items, die jeweils aus Sicht der Schüler und/oder aus Sicht ihrer Eltern, Lehrer, Geschwister, Freunde ect. für mindestens 6 Monate Bestand haben mussten, um als zutreffend gewertet zu werden. Die Items stellten Symptome dar, welche auf die drei Diagnosekriterien des ADHS nach DSM-IV und ICD 10 bezogen waren:

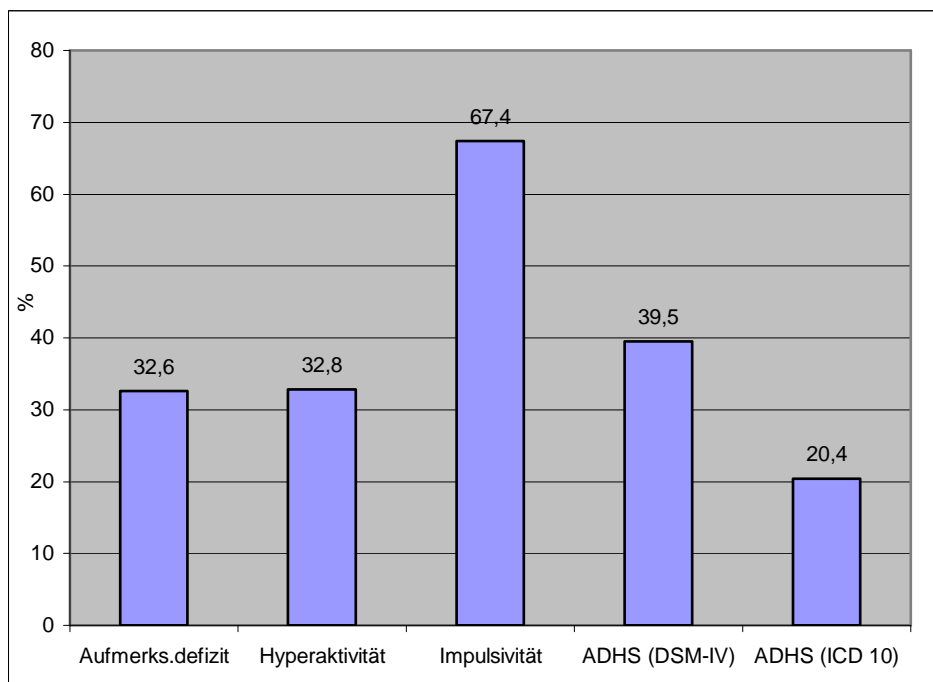
Das Kriterium „Aufmerksamkeitsdefizit“ galt als erfüllt, wenn mindestens 6 der Items 1 bis 9 zutrafen. Das Kriterium „Hyperaktivität“ galt als erfüllt, wenn mindestens drei der Items 10 bis 14 zutrafen. Das Kriterium „Impulsivität“ galt als erfüllt, wenn mindestens eines der Items 15 bis 18 als positiv gewertet wurde.

Nach dem Diagnosesystem ICD 10 besteht ein ADHS, wenn alle drei Kriterien zutreffen. Nach dem Diagnosesystem DSM-IV besteht ein ADHS, wenn mindestens das Kriterium „Aufmerksamkeitsdefizit“ und/oder mindestens 6 der 9 abgefragten Symptome der Kriterien „Hyperaktivität“ (Items 10-14) und „Impulsivität“ (Items 15-18) zutreffen.

39,5% (M/W = 37,4% vs. 41,4%, $p = 0,047$) der Stichprobe zeigten typische Symptome eines ADHS nach DSM-IV Kriterien (im weiteren Verlauf als ADHS+ bezeichnet), aufgrund des Charakters der Selbstauskunft bei Anwendung eines anonymisierten Fragebogens musste dies nicht notwendigerweise auch der klinischen Diagnose eines ADHS entsprechen.

Bezogen auf die restriktiveren ICD 10 Kriterien fand sich ein prozentualer Anteil von 20,4%.

Abb. 34: Kriterien und Diagnosesysteme



Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Herkunft..

Die weiblichen Schüler erfüllten im Vergleich zu den männlichen Schülern signifikant häufiger das Kriterium der Impulsivität (74% vs. 60,7%, $p < 0,001$).

Die Konsumenten illegaler Drogen, die Raucher sowie die Abhängigen von Nikotin und Alkohol erfüllten alle Kriterien eines ADHS signifikant häufiger als die Nichtkonsumenten bzw. Nichtabhängigen. Das ADHS wurde bei den Konsumenten illegaler Drogen, den Rauchern sowie den Abhängigen von Nikotin und Alkohol nach beiden Diagnosesystemen signifikant häufiger „diagnostiziert“ als bei deren Vergleichsgruppen (p jeweils <0,001).

3.16.2 ADHS und Substanzkonsum

Die ADHS+ Schüler zeigten signifikant häufiger einen aktuellen Substanzgebrauch in Bezug auf Nikotin, Alkohol und Cannabis und erfüllten häufiger die Kriterien eines Missbrauchs bzw. einer Abhängigkeit, unabhängig vom Geschlecht (p jeweils <0,001).

Die ADHS+ Schüler waren zum Zeitpunkt ihres ersten Konsums von Nikotin, Alkohol und Cannabis signifikant jünger als die Schüler ohne ADHS-typische Symptomatik (p jeweils <0,001), vgl. Tab. 7.

**Tab 7: ADHS+ (n = 766) und ADHS- (n = 1174):
Substanzgebrauch, Abhängigkeit und Alter bei Erstkonsum**

Aktueller Substanzkonsum	% von ADHS+	% von ADHS-	$\chi^2 / p <$
Nikotin	56,4	38,5	59,9 / 0,001*
Alkohol	83,8	76,1	16,5 / 0,001*
Cannabis	16,7	8,0	34,7 / 0,001*
Erfüllte Kriterien der Abhängigkeit	% von ADHS+	% von ADHS-	$\chi^2 / p <$
Nikotin	26,6	10,1	90,9 / 0,001*
Alkohol	23,8	9,8	69,7 / 0,001*
Cannabis	6,1	1,4	31,9 / 0,001*
Alter bei Erstkonsum	ADHS+ (15,3+/- 0,68)	ADHS- (15,2+/- 0,64)	T / p <
Nikotin	12,0 (+/-2,1)	12,5 (+/-2,0)	4,4/ 0,001*
Alkohol	13,1 (+/-1,4)	13,4 (+/-1,3)	4,1/ 0,001*
Cannabis	13,8 (+/-1,5)	14,2 (+/-1,1)	2,6/ 0,001*

* signifikant nach Bonferroni-Korrektur

Die Menge der während der Woche und am Wochenende vor der Erhebung konsumierten Substanzen war bei den ADHS+ Schülern in Bezug auf alle Substanzen signifikant erhöht (p jeweils $<0,001$). Die Häufigkeit eines exzessiven Substanzkonsums innerhalb des letzten Monats („binge drinking“) wurde von den ADHS+ Schülern ebenfalls signifikant häufiger angegeben (Bier: 3,49 vs. 2,59 mal, Wein: 1,17 vs. 0,68 mal, Alkopops: 2,9 vs. 1,83 mal, Schnaps: 2,46 vs. 1,55 mal; p jeweils $<0,001$). Darüber hinaus gaben sie signifikant mehr Räusche zu ($p<0,001$).

3.16.3 Konsumumfeld bei ADHS-typischer Symptomatik

Bei den ADHS+ Schülern bestand signifikant häufiger ein mindestens „gelegentlicher“ Konsum ihrer Eltern in Bezug auf andere vom Arzt nicht verordnete Medikamente (10,4% vs. 6%, $p<0,001$), Mittel zum Abnehmen (7,8% vs. 3,6%, $p<0,001$), Beruhigungsmittel (7,7% vs. 4,2%, $p<0,001$) und Antidepressiva (6,8% vs. 3,3%, $p<0,001$).

Die ADHS+ Schüler hatten signifikant häufiger mindestens „einige“ Freunde oder Bekannte, die Bier (94,4% vs. 89,6%), Alkopops (86,1% vs. 79,3%), Schnaps (74% vs. 64,9%) und Haschisch bzw. Marihuana (35% vs. 22,9%) konsumierten, die sonstigen illegalen und legalen Drogen wurden in diesem Zusammenhang in geringeren Prozentsätzen, jedoch ebenfalls signifikant häufiger genannt (p jeweils $<0,001$).

Die ADHS+ Schüler fühlten sich signifikant häufiger als die Schüler ohne ADHS-typische Symptomatik von Freunden oder Bekannten unter Druck gesetzt, psychotrope Substanzen zu konsumieren, dabei handelte es sich insbesondere um Bier (21,4% vs. 14,7%), alkoholische Mischgetränke (19,4% vs. 12,9%), Zigaretten (16,5% vs. 10%), Schnaps (16,1% vs. 11,5%), Wein (7,7% vs. 4,3%) und Cannabis (4,7% vs. 1,5%), die sonstigen illegalen und legalen Drogen folgten mit einigem Abstand (p jeweils $<0,001$).

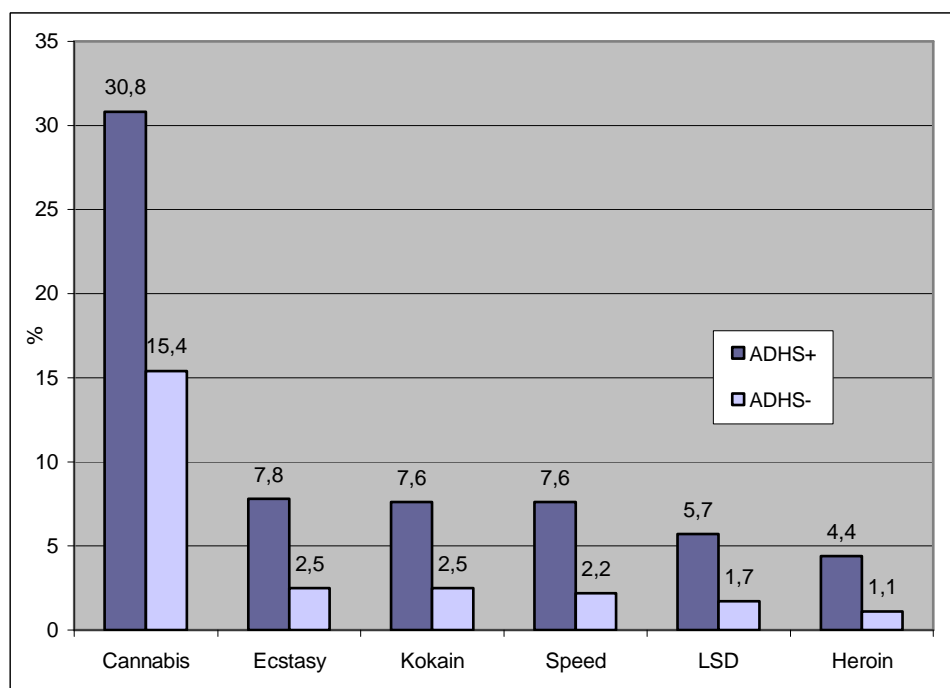
3.16.4 Konsummotive bei ADHS-typischer Symptomatik

Von den Schülern, die ADHS-typische Symptome angegeben hatten, wurden im Vergleich zu den ADHS- Schülern signifikant seltener Gründe genannt, die gegen den Gebrauch illegaler Drogen sprechen, z. B. „Dass gesundheitliche Schäden auftreten“ (64,2% vs. 73,5%, $p<0,001$) und „Kein Interesse, Drogen zu nehmen“ (62,5% vs. 74,5%, $p<0,001$), andererseits wurde von ihnen signifikant häufiger „Eigentlich schreckt mich nichts ab“ (10,9% vs. 6%, $p<0,001$) geantwortet.

Die ADHS+ Schüler gaben alle Gründe, die für den Gebrauch illegaler Drogen sprechen, vermehrt an (p jeweils $<0,001$). Am häufigsten wurden „Einfach mal ausprobieren“ (52,4% vs. 39,4%), „Aus Neugier“ (41% vs. 29,8%), „Um Probleme leichter vergessen zu können“ (31,8% vs. 19,1%) und „um die Stimmung zu heben“ (31,4% vs. 17,6%) genannt. „Ich werde nie Drogen nehmen“ wurde signifikant seltener genannt ($p<0,001$).

Die ADHS+ Schüler gaben an, dass sie bei einem Angebot, illegale Drogen zu konsumieren, alle Substanzen signifikant häufiger „probieren“ würden (vgl. Abb. 35), darüber hinaus wurde von ihnen berichtet, dass sie im Vergleich zu den ADHS- Schülern alle aufgeführten illegalen Substanzen signifikant leichter beschaffen könnten (p jeweils $<0,001$).

Abb. 35: "Probieren" als Reaktion auf ein Angebot u. g. illegaler Drogen



Von den ADHS+ Schülern wurden im Vergleich zu den Jugendlichen ohne ADHS-typische Symptomatik z. T. signifikant häufiger Gründe angegeben, die für das Rauchen sprechen, es wurden vermehrt Motive für das Rauchen trotz Gesundheitsgefährdung genannt und seltener Gründe dafür, nicht zu rauchen, vgl. Tab. 8.

Tab. 8: ADHS+ (n = 766) und ADHS- (n = 1174): Motive des Nikotinkonsums

Warum rauchst Du?	% von ADHS+	% von ADHS-	$\chi^2 / p <$
Weil ich gerne rauche	31,2	23,8	7,2 / 0,008
Weil es mir schmeckt	30,3	21,7	10,1 / 0,002
Weil es mich beruhigt	52,8	38,2	22,6 / < 0,001*
Gefühl von Freiheit/Coolsein	9,8	6,0	5,1 / 0,027
Weil es die Laune hebt	17,2	9,4	14,1 / < 0,001*
Rauchen trotz Gesundheitsrisiken und Gründe nicht zu rauchen	% von ADHS+	% von ADHS-	$\chi^2 / p <$
Ich nehme das Risiko auf mich	38,7	27,3	15,6 / < 0,001*
Ich kann nicht aufhören	29,0	18,5	16,1 / < 0,001*
Das ist mir egal	45,4	36,5	24,0 / < 0,001*
Ich halte das aus	17,0	10,2	10,3 / < 0,001*
Rauchen ist teuer	56,9	67,4	17,4 / < 0,001*
Verringerung der Leistungsfähigkeit	57,5	72,0	34,2 / < 0,001*

* signifikant nach Bonferroni-Korrektur

3.16.5 Problembewältigungsstrategien und Freizeitverhalten

In Bezug auf Problembewältigungsstrategien gaben die ADHS+ Schüler seltener an, bei Problemen mit anderen darüber zu reden (54,8% vs. 63%, $p < 0,001$) oder in Ruhe darüber nachzudenken (41,5% vs. 46,6%, $p = 0,028$), stattdessen reagierten sie vermehrt impulsiv („ich mache mir Luft“: 20,1% vs. 13,7%, $p < 0,001$), tendierten dazu, Probleme runterzuschlucken (16,1% vs. 12,4%, $p = 0,026$), betranken sich dann (22,2% vs. 8,9%, $p < 0,001$) oder machten sich „sonst irgendwie zu“ (6,8% vs. 2,5%, $p < 0,001$).

Von den ADHS+ Schülern wurden im Vergleich zu den Schülern ohne ADHS-typische Symptomatik an regelmäßigen oder häufigen Freizeitaktivitäten signifikant häufiger „Einfach Rumhängen“ (65,4% vs. 50,8%, $p < 0,001$), „Telefonieren/SMS“ (50,7% vs. 42,8%, $p < 0,001$) und „In Kneipen gehen“ (41,5% vs. 32%, $p < 0,001$) genannt, dagegen wurde „Lernen“ von ihnen signifikant seltener genannt (49,5% vs. 62,4%, $p < 0,001$). Insgesamt fiel auf, dass die Schüler mit ADHS-typischer Symptomatik zu einem intensiveren Freizeitverhalten neigten, d. h. es wurden vermehrt Angaben bei 28h & mehr gemacht (Insbesondere bei „Fernsehen“ und „Musik hören“ - hier waren beim regelmäßigen Konsum kaum Unterschiede zur Vergleichsgruppe zu erkennen).

3.17 Einflussfaktoren auf den Konsum illegaler Drogen

Aus den vorliegenden Daten sollten nun Einflussfaktoren auf den Konsum illegaler Drogen im letzten Monat berechnet werden. Mittels einer logistischen Regressionsanalyse können bei der Darstellung des simultanen Einflusses multipler „unabhängiger“ Variablen auf eine - in unserem Fall binäre bzw. dichotome – „abhängige“ Variable (Konsum illegaler Drogen im letzten Monat) Effekte von Störgrößen erkannt und somit Aussagen über den tatsächlichen Effekt potentiell wirksamer Einflussgrößen getroffen werden.

Zunächst erfolgte eine Auswahl geeigneter unabhängiger Variablen unter Berücksichtigung der Chi-Quadrat-Tests von aktuellen Konsumenten und Nichtkonsumenten illegaler Drogen bzw. Abstinente aus den Bereichen allgemeine Demographie, Konsumverhalten (inklusive Häufigkeit eines jemals erlebten Alkoholrausches und Häufigkeit eines „binge drinking“ im letzten Monat), Konsum von Eltern und im Freundeskreis, Druck zum Substanzkonsum durch Freunde, Informationsquellen über Suchtmittel, Freizeitverhalten, Gesundheitsbewusstsein, Problembewältigung und ADHS. Nicht berücksichtigt wurden Variablen, bei denen die signifikant größere Häufigkeit bei Konsumenten illegaler Drogen auch erst durch deren Konsum bedingt sein konnte, es handelte sich hierbei um die Konsummotive in Bezug auf illegale Drogen, den Informationsstand über Suchtmittel, die Kenntnis von Orten des Erwerbs illegaler Drogen, die Einschätzung der Gefährlichkeit von Suchtmitteln, die Beurteilung der Verfügbarkeit illegaler Drogen und die Bereitschaft zum Konsum illegaler Drogen.

Bei der Anwendung einer logistischen Regressionsanalyse reduzieren fehlende Werte bei den unabhängigen Variablen die Reliabilität der erzielten Ergebnisse. Variable mit einer großen Anzahl an fehlenden Werten waren insbesondere die Angaben zum „Alter beim ersten Konsum“ sowie zu den konsumierten Mengen am letzten Wochenende und innerhalb der letzten Woche. Hier hatten die Schüler vermutlich Schwierigkeiten, sich zu erinnern oder Probleme mit der Fragestellung bzw. den Antwortmöglichkeiten. Durch Ausschluss der Variablen mit vielen „missing cases“ oder Ersatz durch vergleichbare Items (z. B. Häufigkeit des Konsums statt konsumierte Mengen) konnte der Prozentsatz der fehlenden Fälle auf 17% (1604 von 1942) verringert und somit die Aussagekraft des finalen Modells auf ein zufrieden stellendes Maß angehoben werden.

Nach initialer Eingabe sämtlicher unabhängiger Variablen (Enter) erfolgte in einem zweiten Schritt die Berechnung der logistischen Regression nach der „Backward: Wald“- Methode, hierbei wurden von den ursprünglich 42 Variablen schrittweise 25 mit den jeweils höchsten korrigierten P-Values aus der Analyse eliminiert (vgl. Tab. 9).

Tab. 9: Ergebnisse der multiplen logistischen Regressionsanalyse

ENTER					BACKWARD			
Variable	P-Value	Exp(B)	95 % C. I. für Exp(B)		P-Value	Exp(B)	95 % C. I. für Exp(B)	
			Lower	Upper			Lower	Upper
WEIBL	,502	,840	,505	1,398	,029 *	1,697	1,055	2,729
ALTER	,449	,876	,623	1,234				
Q_CLIQUE	,632	1,127	,691	1,836				
Q_EIGENE	,080	1,574	,947	2,614				
Q_GESCHW	,584	1,170	,668	2,049				
Q_FERNSE	,997	1,001	,591	1,695				
Q_SCHULE	,995	,998	,598	1,667				
Q_ZEITUN	,791	1,074	,634	1,819				
Q_INTERN	,964	,988	,590	1,656				
GESUND	,723	1,061	,763	1,476				
U_BETRIN	,868	,950	,520	1,737				
U_ZUMACH	,110	1,972	,858	4,535				
U_ABLENK	,477	,840	,519	1,359				
FR_KNEIP	,024	1,272	1,032	1,566	,025 *	1,242	1,027	1,502
FR_LERN	,050	,779	,607	1,000	,03 *	,772	,611	,976
F_ZIGAR	,126	,768	,548	1,077	,074	,749	,545	1,028
F_SCHNAP	,185	,834	,638	1,091	,000 ***	3,154	2,385	4,17
F_HASCHI	,000	3,177	2,354	4,287				
D_ALKOP	,004	,416	,229	,755				
D_SCHNAP	,845	1,060	,589	1,909	,000 ***	,443	,306	,641
D_HASCHI	,000	2,831	1,687	4,751				
D_BERUHIG	,006	,196	,060	,632				
D_SCHME	,107	1,964	,864	4,467	,054	2,174	,987	4,792
E_HASCHI	,737	,869	,382	1,976	,035 *	2,994	1,078	8,317
E_ANTID	,323	1,416	,711	2,820				
K_WEIN	,106	2,522	,822	7,739				
K_SCHNAP	,290	1,284	,807	2,043				
K_BERUHI	,930	,972	,515	1,836				
B_WEIN	,856	,990	,887	1,105	,059	,926	,855	1,003
B_BIER	,100	,929	,851	1,014				
B_SCHNAP	,051	1,097	1,000	1,204				
RAUSCH	,004	1,503	1,140	1,981	,028 *	1,096	1,01	1,189
M_ZIGARE	,002	1,346	1,111	1,631	,003 **	1,479	1,144	1,912
M_ALKOP	,157	1,209	,930	1,571	,000 ***	1,397	1,185	1,646
M_BERUHI	,000	3,552	1,762	7,158	,024 *	2,1	1,103	4,000
M_SCHNUE	,080	1,877	,928	3,799				
M_SCHME	,016	,552	,341	,894				
Hyperakt	,557	1,225	,623	2,409	,004 **	,507	,318	,810
ADHS_ICD	,972	1,014	,464	2,216				
ADHS_DSM	,978	1,009	,536	1,900				
Nikotinabh	,692	1,131	,615	2,082				
Alkoholabh	,126	,598	,310	1,155				

Legende:

P-Value: Der P-Wert ist ein Maß für die Wahrscheinlichkeit, das beobachtete Ergebnis oder ein extremes Resultat bei Gültigkeit der Nullhypothese zu erhalten. Üblicherweise werden P-Werte anhand von Signifikanzniveaus beurteilt. Es sollen hier die folgenden Bezeichnungen Verwendung finden: *** < 0,001; ** < 0,01; * < 0,05.

Exp(B): Der Exp(B)-Wert entspricht dem Quotenverhältnis (Odds Ratio).

Das Quotenverhältnis beschreibt das Ausmaß, in dem die Wahrscheinlichkeit des Auftretens der abhängigen Variable zunimmt, wenn die Ausprägung der entsprechenden unabhängigen Variable erhöht wird. Das Odds Ratio nimmt Werte zwischen 0 und Unendlich an. Ein Wert von 1 bedeutet, dass die Chance (in Form einer Quote) für das Auftreten der abhängigen Variable durch die unabhängige Variable nicht beeinflusst wird; bei einem Wert > 1, nimmt die Wahrscheinlichkeit des Auftretens der abhängigen Variable mit einer erhöhten Ausprägung der unabhängigen Variable zu, bei einem Wert < 1 verhält es sich umgekehrt.

C. I.: 95%-Konfidenzintervall des Odds Ratio.

Zusammenfassung:

Höchstsignifikant positive Einflussfaktoren ($p < 0,001$) auf den Konsum illegaler Drogen:

- F_HASCHI: Konsum von Cannabis durch Freunde oder Bekannte
- D_HASCHI: Druck durch Freunde oder Bekannte zum Konsum von Cannabis
- M_ZIGARE: Konsum von Zigaretten im letzten Monat
- M_BERUHI: Konsum von Beruhigungsmitteln im letzten Monat

Hochsignifikant positiver Einflussfaktor ($p < 0,01$) auf den Konsum illegaler Drogen:

- RAUSCH: Häufigkeit eines jemals erlebten Alkoholrausches

Signifikant positive Einflussfaktoren ($p < 0,05$) auf den Konsum illegaler Drogen:

- K_WEIN: Konsum von Wein, bezogen auf die Lebenszeit
- B_SCHNAP: Häufigkeit eines binge drinking mit Schnaps im letzten Monat
- M_SCHNUE: Konsum von Schnüffelfstoffen im letzten Monat
- FR_KNEIP: Besuch von Kneipen als Freizeitbeschäftigung
- Q_EIGENE: Eigene Erfahrung als Informationsquelle über Suchtmittel

Höchstsignifikant negativer Einflussfaktor ($p < 0,001$) auf den Konsum illegaler Drogen:

- D_ALKOP: Druck durch Freunde oder Bekannte zum Konsum von Alkopops

Hochsignifikant negative Einflussfaktoren ($p < 0,01$) auf den Konsum illegaler Drogen:

- D_BERUHIG: Druck durch Freunde/Bekannte zum Konsum von Beruhigungsmitteln
- M_SCHME: Konsum von Schmerzmitteln im letzten Monat

Signifikant negativer Einflussfaktor ($p < 0,05$) auf den Konsum illegaler Drogen:

- FR_LERN: Lernen als Freizeitbeschäftigung

Abschließend ist zu erwähnen, dass aus den identifizierten Einflussfaktoren kein ursächlicher Zusammenhang zwischen den entsprechenden Variablen und dem Konsum illegaler Drogen abgeleitet werden kann, da es sich bei unserer Studie um eine Querschnittuntersuchung handelt. Zur Darstellung ursächlicher Zusammenhänge bedarf es Längsschnittstudien.

4 Diskussion

4.1 Vergleich mit den Regensburger Erhebungen von 1999 und 2002

Im Frühjahr 2006 wurde zum dritten Mal nach 1999 und 2002 eine Befragung der Schüler der 9. Klassen in Stadt und Landkreis Regensburg über den Konsum psychoaktiver Substanzen durchgeführt. Jeweils war der Aufbau des verwendeten Fragebogens partiell an die Umfrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung „Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland“ angelehnt, um einen Vergleich mit bundesweit erhobenen Daten zu ermöglichen. Der 2002 verwendete Fragebogen wurde mit einigen Modifikationen und Ergänzungen für die Befragung 2006 herangezogen:

- Eine britische Studie zeigte, dass die in den 90er Jahren neu eingeführten, industriell hergestellten alkoholischen Mischgetränke bei Jugendlichen zu einer Erhöhung der Alkoholaufnahme und der Rauschhäufigkeit geführt hatten (McKeganey et al. 1996). Um derartige Entwicklungen auch in Regensburg verfolgen zu können, wurden alkoholische Mischgetränke bei den Fragen zum Konsumverhalten in die Liste der Alkoholika mit aufgenommen.
- Bei der Drogenaffinitätsstudie von 2001 zeigte sich, dass das Gesundheitsbewusstsein Jugendlicher mit deren Konsumverhalten deutlich negativ korrelierte. Um untersuchen zu können, ob ein solcher Zusammenhang ggf. auch in Regensburg besteht, wurde die Frage „Wie stark achtest Du mit Deiner Lebensweise auf Deine Gesundheit“ in den Fragebogen mit aufgenommen.
- In Anlehnung an die Studie „Daten zum Substanzmittelmissbrauch“ aus dem Jahre 2000 (Kraus et al, 2001) wurde eine Frage über die empfundene Verfügbarkeit illegaler Drogen in den Erhebungsbogen integriert.
- Die Frage „Wie häufig hattest Du bisher in Deinem Leben einen Alkoholrausch“ war Bestandteil von mehreren Befragungen der BZgA, der „HBSC“-Studie der WHO und der „Monitoring-The-Future“-Studie aus den USA (s. u.). Um Vergleiche anstellen zu können, wurde sie zusätzlich zur Frage nach dem „binge drinking“ in den Fragebogen mit aufgenommen.
- Erstmals wurden auch Fragen zum Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS), die sich auf die Diagnosekriterien des DSM-IV und der ICD 10 bezogen, in den Fragebogen integriert.

Vergleicht man die soziodemographischen Grunddaten der Regensburger Erhebungen, so ist zu erwähnen:

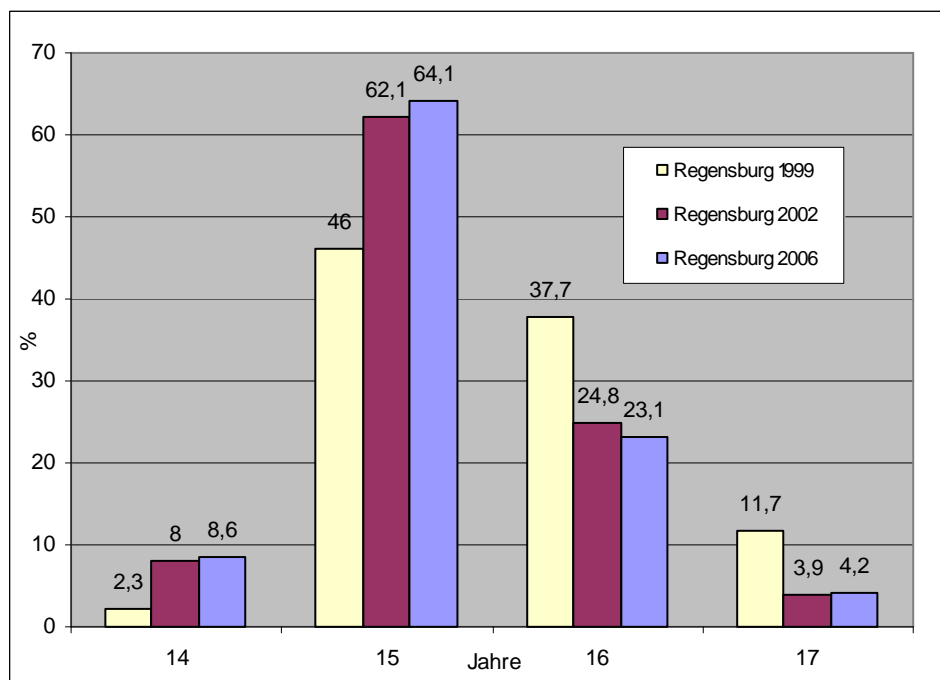
Im Jahre 1999 wurden lediglich Daten aus dem Stadtgebiet erhoben. Die Schüler aus dem Umland wurden 2002 erstmals in die Studie mit einbezogen, wobei sich damals in der Stadt eine Hauptschule und im Landkreis zwei Hauptschulen und eine Realschule nicht an der Befragung beteiligten. 2006 nahmen alle Schulen in Stadt und Landkreis Regensburg an der Erhebung teil.

Die Gesamtstichprobe umfasste 1999 $n = 942$, 2002 $n = 1580$ und 2006 $n = 1942$ Schüler. Bei der aktuellen Befragung war gegenüber 2002 in der Stadt der Anteil der Gymnasiasten erhöht (47,1% vs. 39%) und der Anteil der Realschüler vermindert (24% vs. 33%). Die Verteilung der Schüler auf die Schultypen Gymnasium, Realschule und Hauptschule innerhalb des Landkreises wies 2006 gegenüber 2002 nur minimale Unterschiede auf.

Die Geschlechtsverteilung wies keine signifikanten Unterschiede auf.

Das Durchschnittsalter betrug 1999 15,67 Jahre und 2002 15,67 Jahre. Bei der aktuellen Studie wurden lediglich Schüler im Alter von 14 bis 17 Jahren berücksichtigt, welche bei der Erhebung 2002 98,7% aller Schüler ausgemacht hatten (Kraus, 2004). Die Altersverteilung entsprach annähernd der Normalverteilung. Insgesamt betrug das Durchschnittsalter der Schüler 2006 15,23 \pm 0,7 Jahre.

Abb. 36: Altersstruktur im Vergleich



4.2 Vergleich mit anderen Erhebungen

Die aktuellen Ergebnisse wurden mit den Daten der Regensburger Befragungen von 2002 und 1999 sowie anderer regionaler, nationaler und internationaler Studien verglichen:

Bei der Studie „Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern 2005“ des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (StMUGV) handelt es sich um eine repräsentative Studie an 12- bis 24jährigen deutschen Staatsangehörigen in Bayern. Sie umfasst eine Stichprobe von 2018 Personen und wurde mittels versandter Fragebögen mit optionaler telefonischer Nachfrage durchgeführt (StMUGV, 2005).

Die Studie zur „Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist eine bundesweite, repräsentative Befragung der 12- bis 25jährigen Bevölkerung mittels computergestützter Telefoninterviews (CATI), der Stichprobenumfang beträgt 3032 Fälle (BZgA, 2004). Wenn aktuellere Daten nicht vorlagen, erfolgte ein Vergleich bestimmter Inhalte mit den Drogenaffinitätsstudien von 2001 und 1997 (BZgA, 2001; BZgA, 1997).

Ebenfalls von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wurde im Jahre 2005 die „Entwicklung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen unter besonderer Berücksichtigung der Konsumgewohnheiten von Alkopops“ untersucht. Wie schon bei der Drogenaffinitätsstudie handelt es sich um eine repräsentative Befragung der 12- bis 25jährigen Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland mittels CATI. Der Stichprobenumfang beträgt 3001 Personen (BZgA, 2005).

Die Studie „Neue Ergebnisse zur Entwicklung des Rauchverhaltens von Jugendlichen“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Repräsentativerhebung bei 12- bis 19jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die Stichprobe umfasst 3600 Personen (BZgA, 2005).

Die Studie „Health Behaviour in Schoolaged Children“ (HBSC) aus dem Jahre 2002 ist eine Wiederholungsbefragung der World Health Organisation (WHO), die in 35 vorwiegend europäischen Ländern und Regionen, jedoch auch in den USA und in Kanada durchgeführt wurde. Die Stichprobe umfasst Kinder und Jugendliche der Altersgruppen 11, 13 und 15 Jahre. Die Befragung erfolgte mittels Fragebögen, die unter Prüfungsbedingungen im Klassenverband ausgefüllt wurden. Die Regensburger Ergebnisse wurden mit den von allen teilnehmenden Ländern durchschnittlich erzielten Werten verglichen sowie mit Daten, die stellvertretend für Deutschland nach repräsentativen Gesichtspunkten erhoben wurden. Es wurde hierzu wurde die Altersgruppe der 15jährigen ausgewählt (WHO Regional Office for Europe, 2004).

Einen Vergleich mit europäischen Daten erlaubt die Studie „European Survey Project on Alcohol and other Drugs“ (ESPAD), welche 2003 an 15- und 16jährigen Schülern in 35 europäischen Ländern durchgeführt wurde. Die Studie wurde vom „Schwedischen Rat für die Aufklärung über Alkohol und andere Drogen“ koordiniert und anteilig von der Pompidou-Gruppe im Europäischen Parlament und dem Schwedischen Sozialministerium unterstützt. Die Datenerhebung erfolgte mittels Fragebögen, die im Klassenverband ausgefüllt wurden. Die Stichprobe wurde nach repräsentativen Gesichtspunkten landesweit gezogen und umfasst je nach Land zwischen 555 und 6000 Personen (Hibbell et al., 2004).

Den Vergleich mit US-amerikanischen Daten erlaubt die „Monitoring The Future“-Studie des National Institute on Drug Abuse (NIDA) aus dem Jahr 2006. Die Studie wird jährlich in 8., 10. und 12. Klassen in den USA mit anonymisierten, im Klassenzimmer auszufüllenden Fragebögen durchgeführt. Zum Vergleich mit den Regensburger Daten wurden die Ergebnisse der Schüler der 10. Klassen (10th graders) herangezogen. Die entsprechende Stichprobe umfasst 16600 Personen (Johnston et al., 2007).

Im Gegensatz zu den Regensburger Befragungen mit anonymisierten Fragebögen wurden die Daten der BZgA-Studien mittels computergestützter Telefoninterviews (CATI) erhoben. Nach Untersuchungen von Kraus und Augustin (2001), Carlsson et al. (2003) und Shibata et al. (2002) erbrachte ein anonymer Fragebogen höhere Angaben über Suchtmittelgebrauch und –missbrauch als persönliche oder telefonische Interviews, vermutlich aufgrund einer reduzierten Antwortbereitschaft im Sinne der sozialen Erwünschtheit. Kraus und Augustin (2001) berichteten, dass Umfragewerte etwa 40 bis 60% unter den Verkaufszahlen von Alkohol liegen, so dass Konsumzahlen aus Umfragen umso realistischer sind, je größer sie sind. Daraus wurde eine höhere Reliabilität für anonyme Fragebögen abgeleitet.

Beim Vergleich mit der „Monitoring The Future“-Studie aus den USA ist zu berücksichtigen, dass in den USA in den meisten Staaten ein generelles Alkoholverbot für Jugendliche unter 21 Jahren gilt, während der Konsum bestimmter Alkoholika in Deutschland Jugendlichen schon ab 16 Jahren gestattet ist. Bisher lagen US-amerikanische Konsumraten für Zigaretten und Alkohol immer deutlich unter den Regensburger, aber auch den übrigen deutschen und europäischen Daten. Die Prävalenzen für illegale Drogen, insbesondere Cannabis hingegen waren stets massiv erhöht und auch die Anteile derer, die illegale Drogen als sehr gefährlich einstufen, lagen in Regensburg 1999 und 2002 erheblich über den US-amerikanischen Werten. Offensichtlich ist die Hemmschwelle gegenüber illegalen Drogen in den USA traditionell niedriger, während die Schwelle zu Alkohol und Zigaretten höher ist.

4.3 Konsumverteilungsmuster in Regensburg

Beim Vergleich der 30-Tages-, der Jahres- und der Lebenszeit-Prävalenzen der Regensburger Studien von 1999, 2002 und 2006 ist zu berücksichtigen:

- Der Begriff „Aufputzmittel“ aus den Erhebungen 1999 und 2002 wurde ersatzlos gestrichen.
- Die Bezeichnung „Vom Arzt nicht verschriebene Medikamente“ aus den Erhebungen 1999 und 2002 wurde bei der aktuellen Studie durch den Begriff „Andere vom Arzt nicht verordnete Medikamente“ ersetzt.
- Alkoholische Mischgetränke wurden bei der aktuellen Befragung erstmals in die Liste der Alkoholika mit aufgenommen.

Beim Vergleich der 30-Tage-Prävalenzen der Regensburger Studien zeigten sich ein leichter Anstieg des Konsums von Wein oder Bier gegenüber 2002, ein kontinuierlicher Anstieg des Konsums von Schnaps seit 1999, ein deutlicher Rückgang des Konsums von Zigaretten und Cannabis seit 1999 und ein kontinuierlicher Anstieg des Konsums von Ecstasy, Heroin und Anabolika seit 1999, vgl. Tab. 10. Der Anteil der aktuellen Abstinenter ging gegenüber 2002 leicht zurück (18,2% vs. 19,7%, 1999: 19%).

Tab. 10: 30-Tage-Prävalenzen

	2006	2002	1999
Wein oder Bier	73,6	71,7	71,6
Schnaps	53,5	49	46,3
Zigaretten	45,5	49,3	51
Cannabis	11,4	11,7	14,9
Beruhigungsmittel	2,5	2,8	2,1
Ecstasy	2,3	1,9	1,5
Mittel zum Abnehmen	2,1	1,9	2,1
Schnüffelfstoffe	1,9	2	1,9
Speed	1,7	1,2	1,6
Kokain	1,5	1,5	0,7
LSD	1,4	1,2	1,2
Heroin	1,4	1	0,5
Anabolika	1,4	0,6	0,6

Angaben in Prozent

Beim Vergleich der Jahresprävalenzen der Regensburger Befragungen von 2006 und 2002 (1999 wurden diese nicht ermittelt) zeigten sich ein leichter Rückgang des Konsums von Schnaps, ein mäßiger Rückgang des Zigaretten- und Cannabiskonsums und ein deutlicher Anstieg des Konsums von Anabolika, vgl. Tab. 11.

Tab. 11: Jahresprävalenzen

	2006	2002
Wein oder Bier	85	83,3
Schnaps	63,9	66
Zigaretten	57,2	60,6
Cannabis	16,8	18,8
Beruhigungsmittel	6	7,2
Schnüffelfstoffe	5	5,1
Mittel zum Abnehmen	4,6	5,2
Ecstasy	4,3	4,5
Speed	4,1	4
Anabolika	3,4	2,5

Angaben in Prozent

Beim Vergleich der Lebenszeit-Prävalenzen in Regensburg zeigten sich ein kontinuierlicher Rückgang des Zigaretten- und Cannabiskonsums seit 1999, ein kontinuierlicher Rückgang des Konsums von Ecstasy und Speed seit 1999 und eine deutliche Zunahme des Konsums von Anabolika gegenüber 2002, vgl. Tab. 12. Der 2002 wahrgenommene Anstieg der Lebenszeit-Prävalenz von Schnaps hat sich bei der Befragung 2006 nicht fortgesetzt.

Tab. 12: Lebenszeitprävalenzen

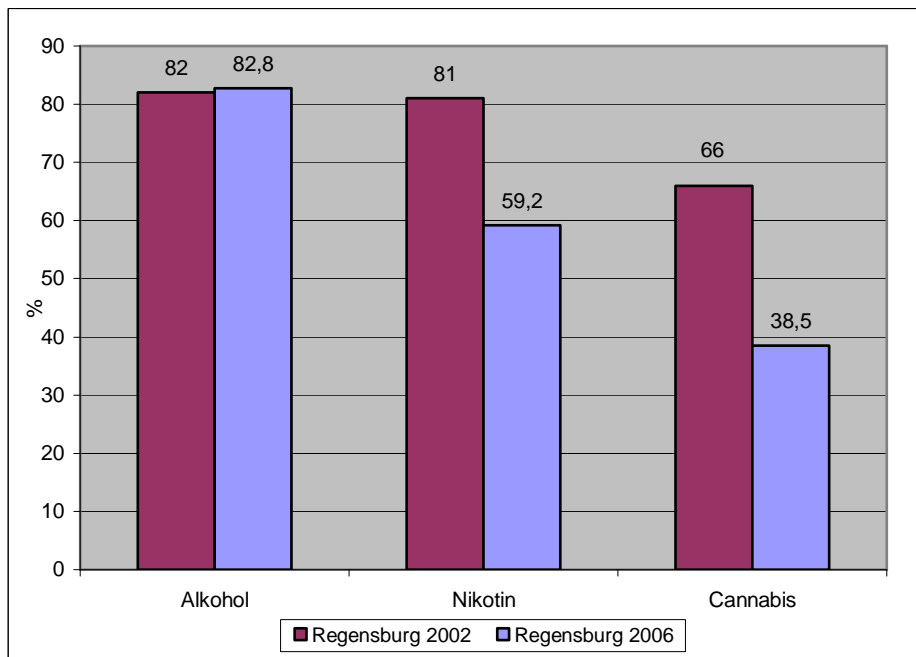
	2006	2002	1999
Wein oder Bier	93,1	93,4	90,7
Zigaretten	75,6	77,3	79,4
Schnaps	72,3	74,5	66,6
Cannabis	21	22,7	26,7
Beruhigungsmittel	4,7	5,9	5,4
Schnüffelfstoffe	4,6	4,7	4,6
Mittel zum Abnehmen	3,9	4	5,2
Ecstasy	2,4	3,6	4,1
Speed	2,1	2,9	3,8
Anabolika	1,4	0,7	0,6

Angaben in Prozent

Wie die Tabellen 11 und 12 zeigen, übersteigt bei den seltener konsumierten Substanzen die Jahresprävalenz die Lebenszeit-Prävalenz jeweils geringfügig, was einen logischen Widerspruch darstellt. Möglicherweise wurden die Schüler durch die explizite Frage nach dem Konsum im letzten Jahr eher zu genauen Überlegungen angeregt als durch die einen größeren Zeitraum umfassende Frage nach dem Lebenszeitkonsum, so dass erstere ggf. gründlicher und korrekter beantwortet wurde. Sudman und Bradburn (1974, zitiert nach Johnson und Mott, 2001) berichteten, dass die Genauigkeit von Umfragen umso geringer ist, je länger der zeitliche Bezug eines abgefragten Items in der Erinnerung zurückliegt.

Der Anteil an Schülern, welche eine bestimmte Substanz aktuell konsumierten an Schülern, welche diese Substanz bereits einmal probiert haben, lag für Alkohol bei 82,8% (2002: 82%), für Zigaretten bei 59,2% (2002: 81%) und für Haschisch bzw. Marihuana bei 38,5% (2002: 66%), er ist demnach innerhalb der letzten Jahre bei Nikotin und Cannabis deutlich gesunken, vgl. Abb. 37.

Abb. 37: Anteil der aktuellen Konsumenten an Probierern u. g. Substanzen



4.4 Alkoholkonsum

4.4.1 Allgemeines

Der Alkoholkonsum ist in der Kultur der meisten europäischen Länder tief verwurzelt. Alkohol repräsentiert für viele Jugendliche ein Privileg des Erwachsenenalters, sein Gebrauch vermittelt ihnen das Gefühl, für ihre Umwelt unabhängiger und erwachsener zu wirken. Der Konsum von Alkohol unterstützt sie darin, mit den Anforderungen des Erwachsenwerdens zurechtzukommen, er hilft ihnen dabei, Freunde zu gewinnen, er erleichtert die Interaktion in der Peergroup und erhöht ihre Popularität. Die unmittelbaren Vorteile des Alkoholkonsums sind für junge Menschen häufig anziehender als die lebenslangen oder auch unmittelbaren negativen Konsequenzen (WHO Regional Office for Europe, 2004).

4.4.2 Aktueller Konsum

Es zeigte sich, dass 79,2% der Schüler im letzten Monat ein- oder mehrmals Alkohol konsumiert haben, wobei unter Alkohol Wein oder Bier (73,6%), alkoholische Mischgetränke (55%) und Schnaps (53,5%) zusammengefasst wurden. Beim Vergleich der Regensburger Studien fanden sich ein Anstieg des aktuellen Konsums von Wein oder Bier gegenüber 2002 und ein kontinuierlicher Anstieg des aktuellen Konsums von Schnaps seit 1999.

Beim Vergleich mit anderen aktuellen Erhebungen zeigte sich:

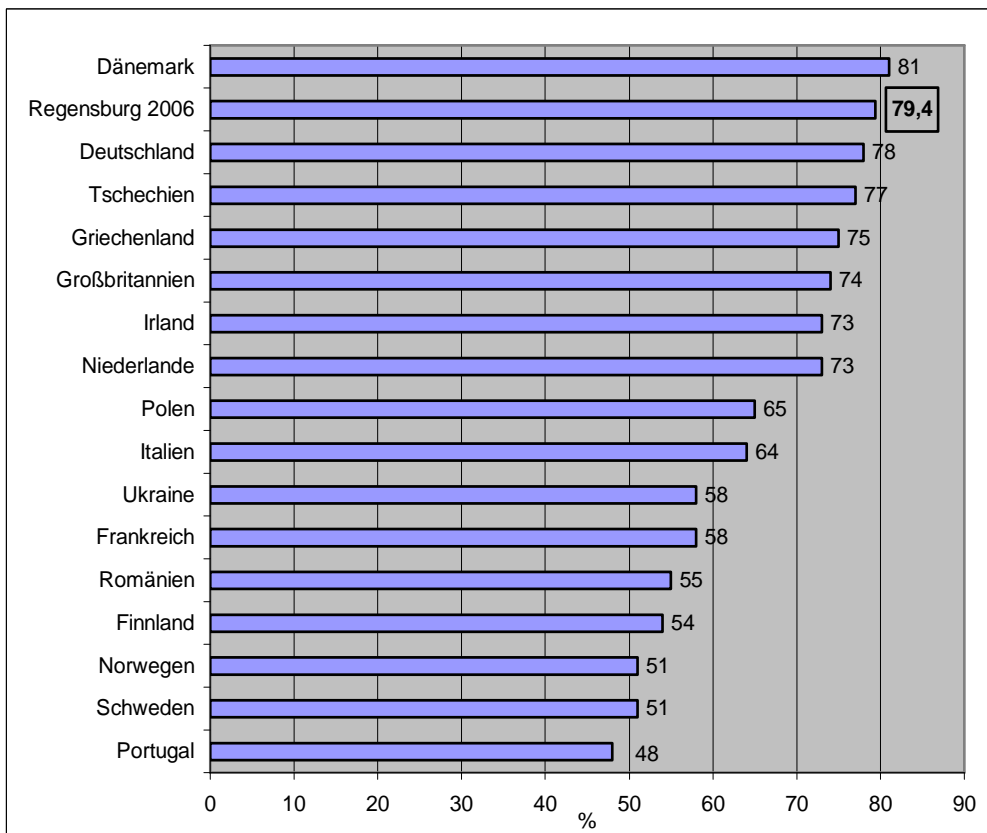
Die Studie zum „Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern 2005“ des StMUGV verzeichnete einen Rückgang des regelmäßigen (mehrmals wöchentlichen) Alkoholkonsums der 12- bis 24jährigen Bevölkerung in Bayern seit 1995 (damals 23%, 2000 und 2005 jeweils 18%). Auch hier tranken junge Frauen seltener als junge Männer (30% vs. 7%). Während die jungen Männer vorzugsweise Bier tranken, wurden von jungen Frauen eher Wein und alkoholische Mischgetränke konsumiert. Eine 30-Tage-Prävalenz wurde bei dieser Studie nur zu Alkopops erhoben, sie betrug bei den 15- bis 17jährigen 23%.

Bei der Drogenaffinitätsstudie der BZgA von 2004 wurden die 30-Tages-Prävalenzen in verschiedenen Altersgruppen untersucht. Von den am ehesten vergleichbaren 12- bis 17jährigen tranken 28% im letzten Monat spirituosenhaltige Alkopops, wein- oder bierhaltige Alkopops wurden von 23% konsumiert, Bier von 31%, Wein/Sekt von 20%, Schnaps von 16% und Cocktails/Longdrinks von 29% der Schüler. Es zeigten sich demnach deutlich geringere 30-Tage-Prävalenzen als in Regensburg 2006, wobei zu vermuten ist, dass die hier integrierten, weniger konsumierenden 12- und 13jährigen die Werte niedriger werden lassen.

Bei der Untersuchung zur „Entwicklung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen“ der BZgA von 2005 (12- bis 17jährige) zeigte sich ein Rückgang des Konsums der seit 1. Juli 2004 (Alkopopssteuergesetz) besteuerten spirituosenhaltigen Alkopops, welche jetzt nur noch von 16% der Schüler (gegenüber 28% im Jahr 2004, s. o.) getrunken wurden. Wein- oder bierhaltige Alkopops wurden von 21%, Bier von 30%, Wein/Sekt von 16%, Schnaps von 16% und Cocktails/Longdrinks von 24% der Schüler konsumiert, die spirituosenhaltigen Alkopops schienen also nicht durch andere Alkoholika „ersetzt“ worden zu sein.

Um eine bessere Vergleichbarkeit mit Daten größerer europäischer Länder zu ermöglichen, wurde bei der Regensburger Studie die 30-Tage-Prävalenz von Alkohol für die Altersgruppe der 15- bis 16jährigen ermittelt und diese mit Werten aus der ESPAD-Studie 2003 verglichen. Hierbei zeigte sich, dass der aktuelle Alkoholkonsum in Regensburg 2006 knapp vor dem deutschen Wert an zweiter Stelle lag, vgl. Abb. 38.

**Abb. 38: 30-Tage-Prävalenz von Alkohol: 15-16jährige in Regensburg 2006
vs. europäische Länder (ESPAD-Report 2003)**



Die 30-Tage-Prävalenz von Alkohol betrug bei der „Monitoring the Future“-Studie aus den USA von 2006 (10th graders) lediglich 33,8%. Deutlich geringer als in Regensburg war auch der aktuelle Konsum von alkoholischen Mischgetränken (24%), wobei in der entsprechenden Altersgruppe das hier bestehende gesetzliche Alkoholverbot zu berücksichtigen ist.

Aktuell gaben 2,2% der Schüler an, täglich Wein oder Bier zu konsumieren, bei Schnaps waren es 1,4% und bei alkoholischen Mischgetränken 1,2%. Bei der Regensburger Befragung von 2002 berichteten 3% der Schüler über einen täglichen Konsum von Wein oder Bier und 1,4% über einen täglichen Schnapskonsum. Bei der „Monitoring the Future“-Studie aus den USA von 2006 (10th graders) betrug der Anteil der täglichen Alkoholkonsumenten 1,4%.

4.4.3 Lebenszeit- und Jahresprävalenz

Es zeigte sich, dass 94,8% der Schüler schon mindestens einmal in ihrem Leben Alkohol getrunken haben. Die in Bezug auf die Lebenszeit am häufigsten konsumierten Alkoholika waren Wein oder Bier (93,1%), es folgten alkoholische Mischgetränke (80,3%) und Schnaps (72,3%). Bedenkt man, dass ein Konsum erst ab 16 Jahren bzw. bei Spirituosen erst ab 18 Jahren legal ist, so waren diese Substanzen bei den durchschnittlich ca. 15jährigen Schülern überraschend weit verbreitet. Beim Vergleich der Regensburger Studien fand sich ein Anstieg der Alkoholkonsums bezogen auf die Lebenszeit seit 1999 (erste Untersuchung), der 2002 wahrgenommene Anstieg der Lebenszeit-Prävalenz von Schnaps hat sich nicht fortgesetzt.

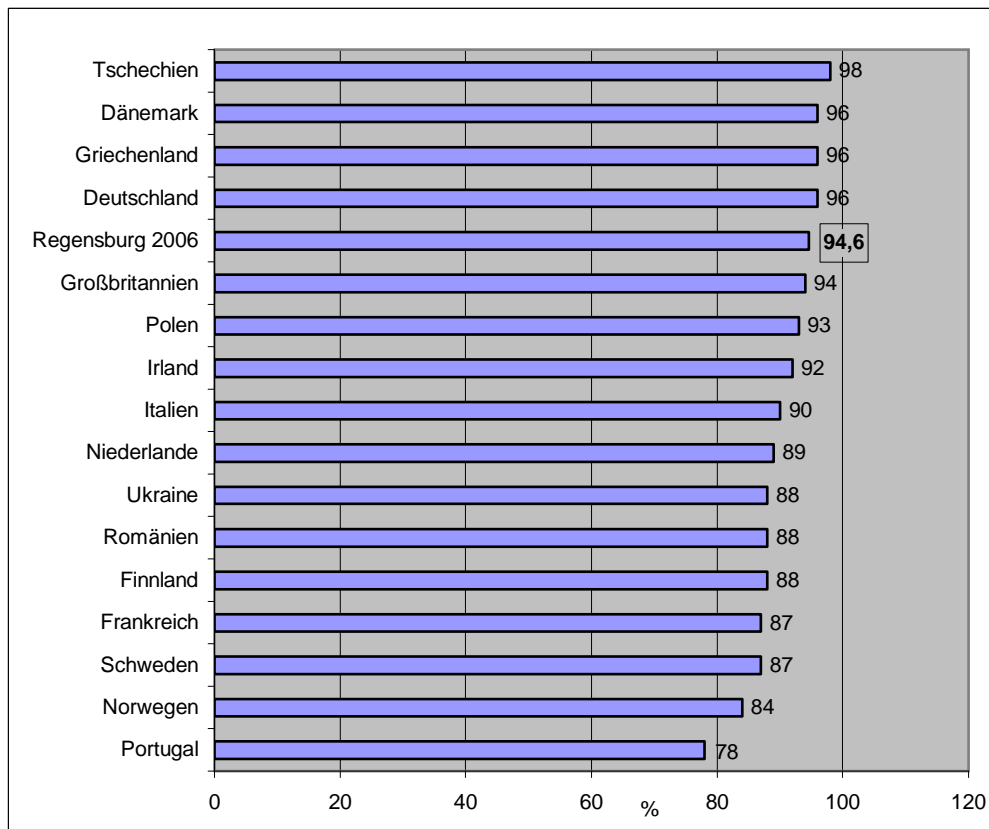
Beim Vergleich mit anderen aktuellen Erhebungen zeigte sich:

Bei der Drogenaffinitätsstudie der BZgA von 2004 lag die Lebenszeit-Prävalenz von Alkohol in der Altersgruppe der 12- bis 25jährigen mit 90% (M/W = 90% vs. 89%) ähnlich hoch wie in Regensburg 2006, aufgrund des hier höheren Altersdurchschnitts ist der Wert in Regensburg im Vergleich als erhöht anzusehen.

Die Untersuchung zur „Entwicklung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen“ der BZgA von 2005 erbrachte bei 12- bis 17jährigen Schülern einen Rückgang der Lebenszeit-Prävalenz spirituosenhaltiger Alkopops von 55% (2004) auf 49%, bei wein- oder bierhaltigen Alkopops fand sich ein Rückgang von 51% auf 48%. Da die in Regensburg untersuchten alkoholischen Mischgetränke einen Überbegriff darstellen, der u. a. die verschiedenen Sorten von Alkopops beinhaltet, war ein direkter Vergleich mit diesen Zahlen nicht möglich.

Im Vergleich mit Daten aus größeren europäischen Ländern (ESPAD-Studie 2003) lag die Lebenszeit-Prävalenz von Alkohol bei 15- bis 16jährigen Schülern in Regensburg 2006 knapp hinter dem deutschen Wert im vorderen Bereich, vgl. Abb. 39.

**Abb. 39: Lebenszeit-Prävalenz von Alkohol: 15-16jährige in Regensburg 2006
vs. europäische Länder (ESPAD-Report 2003)**



Die Lebenszeit-Prävalenz von Alkohol betrug bei der „Monitoring the Future“-Studie aus den USA von 2006 (10th graders) lediglich 61,5%. Deutlich geringer als bei der Regensburger Studie war auch die Lebenszeit-Prävalenz von alkoholischen Mischgetränken mit 58,1%, wobei in der entsprechenden Altersgruppe das hier bestehende gesetzliche Alkoholverbot zu berücksichtigen ist.

Es zeigte sich, dass 86,6% der Schüler in den letzten 12 Monaten mindestens einmal Alkohol konsumiert haben (2002: 85,5%, somit keine wesentliche Veränderung). Die Jahresprävalenz von Wein oder Bier betrug 85%, es folgen alkoholische Mischgetränke mit 72,6% und Schnaps mit 63,9% (2002: 66%, somit leichter Rückgang).

Beim Vergleich mit anderen aktuellen Erhebungen zeigte sich:

Bei der Drogenaffinitätsstudie der BZgA (12- bis 25jährige, 2004) betrug die Jahresprävalenz von Alkohol 86%, aufgrund des hier höheren Altersdurchschnitts wären in Regensburg eher geringere Zahlen zu erwarten gewesen. Von den ebenfalls untersuchten 12- bis 17jährigen haben im letzten Jahr 48% mindestens einmal spirituosenhaltige Alkopops und 43% wein- oder bierhaltige Alkopops konsumiert.

Die Untersuchung zur „Entwicklung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen“ der BZgA von 2005 zeigte in Hinblick auf den erhofften Einfluss des Alkopopssteuergesetzes bei 12- bis 17jährigen Schülern einen deutlichen Rückgang der Jahresprävalenz spirituosenhaltiger Alkopops von 48% (2004) auf 39%, bei wein- oder bierhaltigen Alkopops fand sich ein Rückgang von 43% (2004) auf 39%.

Die Jahresprävalenz von Alkohol betrug bei der „Monitoring the Future“-Studie aus den USA von 2006 (10th graders) lediglich 55,8%. Deutlich geringer als in Regensburg 2006 war auch die Jahresprävalenz von alkoholischen Mischgetränken mit 48,8%.

Tab. 13: Jahresprävalenzen von Alkohol

	Gesamt	Männl.	Weibl.
Regensburg 2006 (14-17jährige)	86,6	88,1	85,2
Regensburg 2002 (14-19jährige)	86,5	88,2	84,4
BZgA 2004 (12-25jährige)	86	86	85
USA 2006 (10th graders)	55,8		

Angaben in Prozent

Zusammenfassend ließ sich feststellen:

Alkohol war bei den 14- bis 17jährigen Jugendlichen in Regensburg die am weitesten verbreitete psychoaktive Substanz. Im Vergleich zu den vorangegangenen Regensburger Studien ist die Lebenszeit-Prävalenz von Alkohol seit 1999 kontinuierlich angestiegen. Der 2002 wahrgenommene Anstieg der Lebenszeit-Prävalenz von Schnaps in Regensburg hat sich bis 2006 nicht fortgesetzt, es zeigten sich jedoch ein kontinuierlicher Anstieg des aktuellen Konsums von Schnaps seit 1999 und ein leichter Anstieg des aktuellen Konsums von Wein oder Bier gegenüber 2002.

Im Vergleich zu den bundesweiten Daten der Drogenaffinitätsstudie von 2004 fanden sich höhere 30-Tage-Prävalenzen für die aufgeführten Alkoholika und auch die Lebenszeit- und Jahresprävalenzen von Alkohol waren erhöht. Bei der Drogenaffinitätsstudie von 2004 zeigte sich ein deutlicher Anstieg des regelmäßigen Konsums von alkoholischen Mischgetränken gegenüber 2001 (von 8% auf 16%), dies war vermutlich auf die Einführung und intensive Vermarktung von fertig abgefüllten Mixgetränken in Flaschen (Alkopops) zurückzuführen, denn der regelmäßige Konsum sonstiger alkoholische Mischgetränke ist nur geringfügig angewachsen - bei der Gesamtheit der Jugendlichen von 8% in 2001 auf 10% in 2004. Auch in Regensburg ist der Alkoholkonsum seit 1999 angestiegen.

Bei der Untersuchung zur „Entwicklung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen“ der BZgA von 2005 (12- bis 17jährige) zeigte sich ein Rückgang des Konsums der seit 1. Juli 2004 (Alkopopssteuergesetz) besteuerten spirituosenhaltigen Alkopops, während der Gebrauch der anderen Alkoholika gegenüber den Ergebnissen der Drogenaffinitätsstudie von 2004 relativ stabil geblieben ist. Entsprechend schienen die spirituosenhaltigen Alkopops auch nicht durch andere Alkoholika „ersetzt“ worden zu sein (Konsumverschiebung). Etwa die Hälfte der 12- bis 17jährigen mit Alkopops-Erfahrung hatte selbst schon einmal Alkopops gekauft. Von ihnen kauften jetzt 8% mehr Alkopops, 21% etwa gleich viel, 38% weniger und 33% überhaupt keine Alkopops mehr. Diejenigen Jugendlichen, die weniger oder überhaupt keine Alkopops mehr kauften, gaben mit 63% am häufigsten als Grund hierfür an, dass Alkopops zu teuer geworden sind. Das Alkopopssteuergesetz schien somit den angestrebten Effekt gehabt zu haben.

Im Vergleich mit Daten aus größeren europäischen Ländern (ESPAD-Report 2003) lagen sowohl die 30-Tage-Prävalenz als auch die Lebenszeitprävalenz von Alkohol bei 15- und 16jährigen Schülern in Regensburg 2006 im vorderen Bereich.

Wie erwartet lagen alle Prävalenzen des Alkoholkonsums in Regensburg deutlich über den US-amerikanischen Werten der „Monitoring the Future“-Studie von 2006, wobei bei den untersuchten 10th graders das gesetzliche Alkoholverbot zu berücksichtigen ist.

4.5 Nikotinkonsum

4.5.1 Allgemeines

Das Zigarettenrauchen ist nach Angabe der WHO die häufigste vermeidbare Todesursache in den entwickelten Ländern (Murray et al., 1996). Rauchen führt bereits früh zu gesundheitlichen Schäden, insbesondere bewirkt es eine reduzierte Lungenfunktion, Husten, Kurzatmigkeit, vermehrte asthmatische Probleme, eine reduzierte physische Belastbarkeit und eine erhöhte Empfindlichkeit gegenüber Atemwegserkrankungen. 1995 war der Zigarettenkonsum für ca. 1,2 Millionen Todesfälle in der europäischen Union verantwortlich, was eine Verminderung der Lebenserwartung von Rauchern um durchschnittlich 20 Jahre bedeutete. Etwa 50 Prozent der regelmäßigen Raucher werden vermutlich an den Folgen des Nikotinkonsums versterben (WHO Regional Office for Europe, 1999).

Obwohl die überwiegende Zahl der Todesfälle, die mit dem Rauchen in Verbindung gebracht werden, im mittleren oder fortgeschrittenen Lebensalter eintreten, werden das Rauchverhalten und die Sucht zumeist in der Jugend geprägt. So berichteten in den USA ca. 80% der erwachsenen Raucher, dass sie vor dem 18. Lebensjahr zu rauchen begannen. Je länger der Beginn des Rauchens dabei herausgezögert wird, desto weniger wahrscheinlich wird eine Person abhängig (US Department of Health and Human Services, 1994).

4.5.2 Aktueller Konsum

Es zeigte sich, dass 45,5% der Schüler im letzten Monat mindestens einmal geraucht haben. In Regensburg kam es seit 1999 (erste Untersuchung) zu einem deutlichen Rückgang des aktuellen Nikotinkonsums.

Beim Vergleich mit regionalen deutschen und deutschlandweiten Erhebungen zeigte sich:

Die Studie zum „Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern 2005“ berichtete über einen konstanten aktuellen Nikotinkonsum (bezogen auf 30-Tage) der untersuchten 15- bis 17jährigen Schüler im 10-Jahres-Verlauf (1995 und 2005 jeweils 26%). Es rauchten mehr Mädchen als Jungen.

Bei der Drogenaffinitätsstudie der BZgA von 2004 wurde der Anteil an 12- bis 25jährigen bestimmt, welcher in den letzten 30 Tagen Nikotin konsumiert und gleichzeitig bezogen auf die Lebenszeit mindestens 100 Zigaretten geraucht hatte, dieser betrug insgesamt 32% (M/W = 34% vs. 30%). Aufgrund der Voraussetzung des Rauchens von mindestens 100 Zigaretten war ein Vergleich der Regensburger Ergebnisse mit diesen Werten nur bedingt möglich.

Die 30-Tage-Prävalenz von Nikotin lag in Regensburg 2006 vergleichsweise sehr hoch. In Regensburg und Bayern rauchten derzeit etwas mehr Mädchen, bundesweit waren jedoch mehr Jungen aktuelle Raucher, vgl. Tab. 14.

Tab. 14: 30-Tage-Prävalenzen von Nikotin

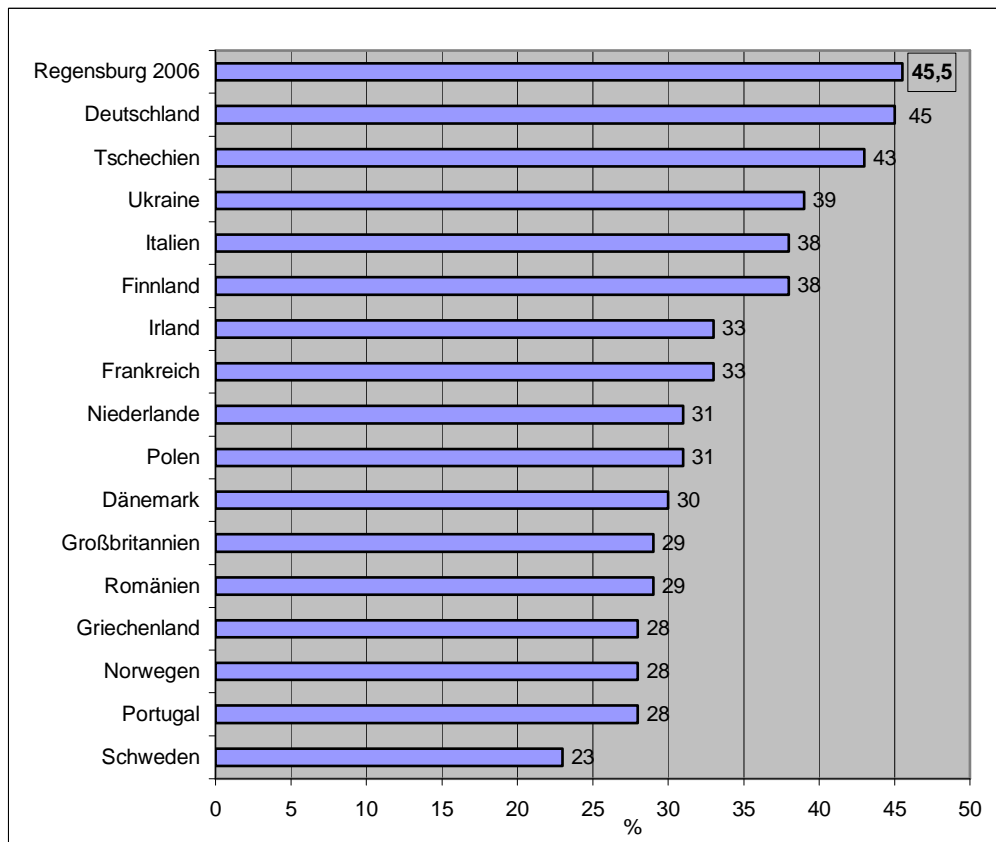
	Gesamt	Männl.	Weibl.
Regensburg 2006 (14-17jährige)	45,5	43,3	47,7
Regensburg 2002 (14-19jährige)	49,3	48,5	49,9
BZgA 2004 (12-25jährige)	32	34	30
Bayern 2005	26	M<W	M<W

Angaben in Prozent

Die Untersuchung zur „Entwicklung des Rauchverhaltens von Jugendlichen“ der BZgA von 2005 (12- bis 17jährige) wurde insbesondere durchgeführt, um zu untersuchen, ob die von der Bundesregierung initiierten Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens bei Jugendlichen, beispielsweise die rauchfrei-Kampagne und die Tabaksteuererhöhung, zu den gewünschten Wirkungen geführt haben. Tatsächlich zeigte sich verglichen mit der Drogenaffinitätsstudie 2001 ein Rückgang des Anteils der „ständigen“ und „gelegentlichen“ Raucher (nach eigenen Angaben, kein definierter Zeitraum) von 28% (M/W = 27% vs. 28%) auf 20% (M/W = 21% vs. 19%). Aufgrund der unterschiedlichen Frageweisen war kein direkter Vergleich mit den Regensburger Daten möglich.

Die 30-Tage-Prävalenz von Nikotin lag bei der „Monitoring the Future“-Studie aus den USA von 2006 (10th graders) lediglich bei 14,5%, sie war also deutlich geringer als in Regensburg. Im Vergleich mit europäischen Daten (ESPAD-Studie 2003) lag der aktuelle Nikotinkonsum von 15- bis 16jährigen Schülern in Regensburg 2006 knapp vor dem deutschen Wert auf dem ersten Platz, vgl. Abb. 40.

**Abb. 40: 30-Tage-Prävalenz von Nikotin: 15-16jährige in Regensburg 2006
vs. europäische Länder (ESPAD-Report 2003)**



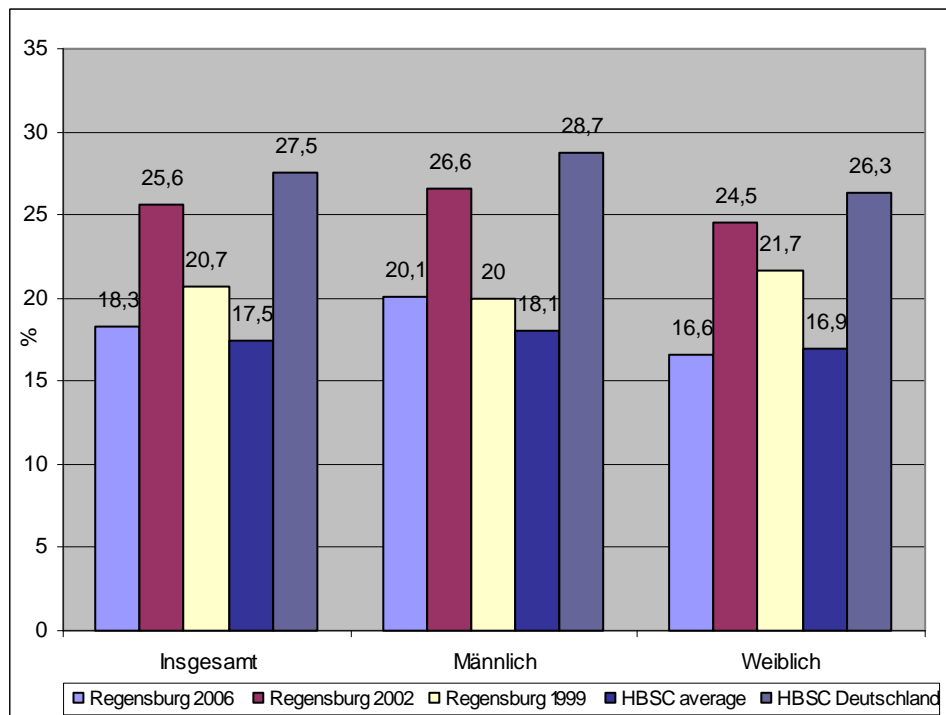
Etwa ein Viertel der Schüler (23%, M/W = 24,1% vs. 21,8%) berichteten über einen täglichen Nikotinkonsum, das sind 50,5% der aktuellen Raucher. Der Anteil der Schüler, die im letzten Monat täglich Zigaretten geraucht haben, ist in Regensburg gegenüber 2002 (30,4%) deutlich gesunken. Er war auf dem Land signifikant höher als in der Stadt (27,6% vs. 18,9%, $p < 0,001$), dies war 2002 nicht beobachtet worden.

Der tägliche Nikotinkonsum lag bei der Drogenaffinitätsstudie der BZgA von 2004 mit 22% (M/W = 23% vs. 20%) ähnlich hoch wie in Regensburg 2006, aufgrund des hier höheren Altersdurchschnitts (12- bis 25jährige) ist der Wert in Regensburg im Vergleich als etwas erhöht anzusehen.

Bei der „Monitoring the Future“-Studie aus den USA von 2006 (10th graders) lag der Anteil der täglichen Raucher mit 7,6% deutlich unter dem Regensburger Ergebnis.

Um besser mit der HBSC-Studie (enthielt eine repräsentative Stichprobe von 15jährigen) vergleichen zu können, wurde bei den Regensburger Erhebungen der tägliche Nikotinkonsum der 15jährigen berechnet. Der Stichprobenumfang betrug 2006 $n = 1239$, 2002 $n = 952$ und 1999 $n = 405$ (gültige Fälle), vgl. Abb. 41.

Abb. 41: Täglicher Nikotinkonsum bei 15jährigen



Es zeigte sich also: Der Anteil der Schüler, die im letzten Monat täglich Zigaretten geraucht haben, hat in Stadt und Landkreis Regensburg deutlich abgenommen, er lag bei den 15jährigen insgesamt wie auch bei den Anteilen der Mädchen und Jungen im Bereich des Durchschnitts der an der HBSC-Studie von 2002 teilnehmenden Länder und deutlich unter HBSC Deutschland. Die Quote der täglichen Raucher bei den 15jährigen ist von 1999 bis 2002 angestiegen (von 20,7% auf 25,6%) und seitdem deutlich gesunken (2006: 18,3%). Allerdings gab es im Fragebogen von 1999 und 2006 zwischen den Antwortmöglichkeiten „1-5 mal im Monat“ und „täglich“ die Option „mehrmals die Woche“, die 2002 wegfiel, so dass damals möglicherweise mehr regelmäßig, jedoch nicht täglich rauchende Schüler 2002 mangels einer Alternative die Antwort „täglich“ wählten.

4.5.3 Lebenszeit- und Jahresprävalenz

Zigaretten wurden bei der Regensburger Studie bezogen auf die Lebenszeit von ca. $\frac{3}{4}$ der Schüler (Insgesamt 75,6%, M/W = 74,7% vs. 76,5%) schon mindestens einmal konsumiert, die Jahresprävalenz betrug 57,2% (M/W = 53,4% vs. 60,9%). Wie schon erwähnt, ist in Regensburg seit 1999 ein kontinuierlicher Rückgang des Zigarettenkonsums zu verzeichnen.

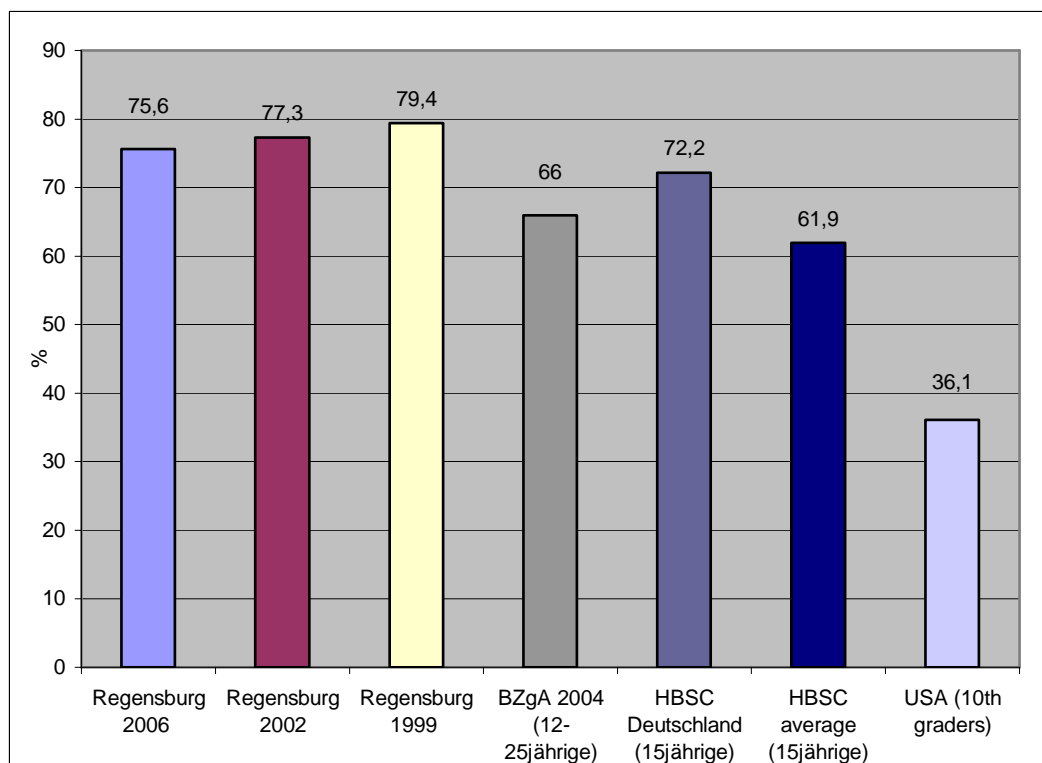
Beim Vergleich mit anderen aktuellen Studien zeigte sich:

Bei der Drogenaffinitätsstudie von 2004 (12- bis 25jährige) betrug die Lebenszeit-Prävalenz von Nikotin 66% (M/W = 68% vs. 65%), die Jahresprävalenz war 39%. Diese Zahlen lagen deutlich unter denen der Regensburger Befragungen, obwohl aufgrund der hier höheren Altersstruktur in Regensburg entsprechend geringere Zahlen zu erwarten gewesen wären.

Die Lebenszeit-Prävalenz von Nikotin wurde auch bei der HBSC-Studie der WHO von 2002 untersucht: Sie betrug bei den 15jährigen in den teilnehmenden Ländern durchschnittlich (HBSC average) 61,9% (W/M = 61,3% vs. 62,5%) und für Deutschland 72,2% (W/M = 74,2% vs. 70,1%). Mädchen rauchten wie in Regensburg zumeist häufiger als Jungen.

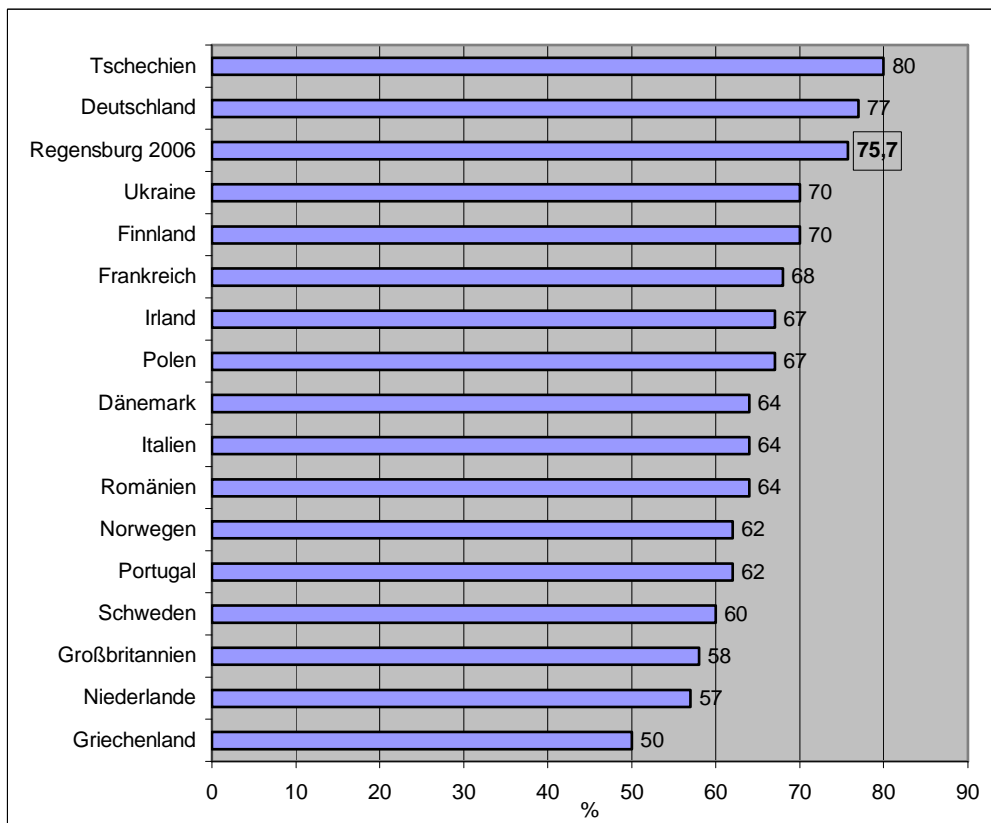
Bei der „Monitoring the Future“-Studie aus den USA von 2006 hatten lediglich 36,1% der befragten 10th graders jemals geraucht, die Lebenszeit-Prävalenz war somit deutlich geringer als in Regensburg, vgl. Abb. 42.

Abb. 42: Lebenszeit-Prävalenz von Nikotin



Im Vergleich mit Daten aus größeren europäischen Ländern (ESPAD-Studie 2003) lag die Lebenszeit-Prävalenz von Nikotin bei 15- bis 16jährigen Schülern in Regensburg 2006 knapp hinter dem deutschen Wert an der dritten Stelle, vgl. Abb. 43.

**Abb. 43: Lebenszeit-Prävalenz von Nikotin: 15-16jährige in Regensburg 2006
vs. europäische Länder (ESPAD-Report 2003)**



Zusammenfassend ließ sich feststellen:

Seit 1999 kam es in Regensburg zu einem Rückgang aller Formen des Nikotinkonsums (aktueller Konsum, täglicher Konsum, Jahres- und Lebenszeit-Prävalenzen).

Im Gegensatz zur Regensburger Entwicklung ist der aktuelle Nikotinkonsum in Bayern im 10-Jahres-Verlauf stabil geblieben, er lag jedoch auf einem niedrigerem Niveau als in Regensburg, übereinstimmend rauchten mehr Mädchen als Jungen.

Bei der bundesweiten Drogenaffinitätsstudie von 2004 war der aktuelle Nikotinkonsum geringer als die 30-Prävalenz in Regensburg. Aufgrund der Voraussetzung des Rauchens von mindestens 100 Zigaretten und der unterschiedlichen Altersstruktur war ein Vergleich der Werte jedoch nur bedingt möglich.

Der tägliche Nikotinkonsum lag bundesweit etwa auf Regensburger Niveau. Die Jahres- und Lebenszeit-Prävalenzen von Nikotin lagen deutlich unter denen der Regensburger Studien, obgleich wegen der höheren Altersstruktur (12- bis 25jährige) in Regensburg entsprechend geringere Zahlen zu erwarten gewesen wären.

Die Untersuchung zur „Entwicklung des Rauchverhaltens von Jugendlichen“ von 2005 wurde insbesondere durchgeführt, um zu untersuchen, ob die von der Bundesregierung initiierten Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens bei Jugendlichen, insbesondere die rauchfrei-Kampagne der BZgA und die Erhöhung der Tabaksteuer, zu den gewünschten Wirkungen geführt haben. Bundesweit kam es seit der Drogenaffinitätsstudie 2001 tatsächlich zu einem Rückgang des Anteils der „ständigen“ und „gelegentlichen“ Raucher. Aufgrund der unterschiedlichen Frageweisen war kein direkter Vergleich mit den Regensburger Daten möglich, übereinstimmend war jedoch der Trend eines Rückgangs des Nikotinskonsums.

Verglichen mit den europäischen Daten der HBSC-Studie der WHO von 2002 lag der Anteil der 15jährigen täglichen Raucher in Regensburg im Bereich des Durchschnitts der an der HBSC-Studie teilnehmenden Länder. Die Lebenszeit-Prävalenz von Nikotin war in den teilnehmenden Ländern durchschnittlich deutlich und in Deutschland minimal niedriger als in Regensburg. Mädchen rauchten wie in Regensburg zumeist häufiger als Jungen.

Im Vergleich mit Daten aus größeren europäischen Ländern (ESPAD-Report 2003) lagen sowohl die 30-Tage-Prävalenz als auch die Lebenszeit-Prävalenz von Nikotin bei 15- und 16jährigen Schülern in Regensburg 2006 im vordersten Bereich.

Wie erwartet lagen alle Prävalenzen des Nikotinkonsums in Regensburg deutlich über den US-amerikanischen Werten der „Monitoring the Future“-Studie von 2006.

4.6 Konsum illegaler Drogen

4.6.1 Allgemeines

Cannabis ist trotz der Tatsache, dass sein Gebrauch illegal ist, nach Alkohol und Nikotin die am weitesten verbreitete psychotrope Substanz in den meisten europäischen Ländern (WHO Regional Office for Europe, 2004). Studien identifizierten eine Entwicklungssequenz des Gebrauchs psychotroper Substanzen bei Jugendlichen: der Konsum von Alkohol und/oder Zigaretten begünstigt dabei typischerweise den Konsum von Cannabis, der dann wiederum häufig zu einem Gebrauch anderer illegaler Drogen führt (Kandel et al., 1992; Ellickson et al., 1992; Yamaguchi & Kandel, 1984). Ellickson & Morton (1999) zeigten auf, dass ein früher Marihuanakonsum das Risiko für den Gebrauch harter Drogen um den Faktor 10 erhöht.

4.6.2 Aktueller Konsum

Es zeigte sich, dass 12,1% der Schüler im letzten Monat mindestens einmal illegale Drogen konsumiert haben, hierbei fiel der größte Teil (96% der Konsumenten illegaler Drogen) mit 11,4% auf Cannabis. Die übrigen illegalen Drogen wurden von 3,1% der Schüler im letzten Monat mindestens einmal konsumiert, dabei handelte es sich primär um Ecstasy (2,3%), gefolgt von Amphetaminen (1,7%), Kokain (1,5%), Heroin (1,4%) und LSD (1,4%). Von den Cannabiskonsumenten haben 78,8% ausschließlich Haschisch bzw. Marihuana und 21,2% mindestens eine andere illegale Droge genommen.

Wie schon erwähnt, kam es in Regensburg seit 1999 zu einem kontinuierlichen Rückgang des aktuellen Cannabiskonsums und zu einem sukzessiven Anstieg des aktuellen Konsums von Ecstasy, Heroin und Anabolika. Insgesamt ist der aktuelle Konsum illegaler Drogen seit 1999 kontinuierlich zurückgegangen.

Beim Vergleich mit anderen aktuellen Erhebungen zeigte sich:

Die Studie zum „Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern 2005“ des StMUGV verzeichnete bei 15- bis 17jährigen Jungen und Mädchen eine 30-Tage-Prävalenz für illegale Drogen von 14% (etwas höher als in Regensburg).

Bei der Drogenaffinitätsstudie der BZgA von 2004 wurde keine 30-Tages-Prävalenzen, sondern der Anteil der subjektiven gegenwärtigen Drogenkonsumenten an 12- bis 25jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen ermittelt (Werte nicht direkt vergleichbar), dieser betrug für illegale Drogen insgesamt wie auch für Cannabis 5%.

Im Vergleich mit Daten aus größeren europäischen Ländern (ESPAD-Studie 2003) lag die 30-Tage-Prävalenz von Cannabis bei 15- bis 16jährigen Schülern in Regensburg 2006 knapp hinter dem deutschen Wert im Mittelfeld, vgl. Abb. 44.

Der aktuelle Konsum illegaler Drogen (insbesondere von Cannabis) lag bei der „Monitoring the Future“-Studie aus den USA von 2006 (10th graders) über dem aktuellen Regensburger Niveau, vgl. Abb. 45.

1,1% der Schüler gaben an, täglich Haschisch bzw. Marihuana zu konsumieren, das sind 9,6% der aktuellen Konsumenten. Der Anteil der Schüler, welche täglich Cannabis konsumieren ist in Regensburg seit 2002 (1,7%) deutlich gesunken. Der tägliche Konsum von Cannabis war bei der „Monitoring the Future“- Studie aus den USA (10th graders) mit 2,8% mehr als doppelt so hoch wie in Regensburg 2006.

**Abb. 44: 30-Tage-Prävalenz von Cannabis: 15-16jährige in Regensburg 2006
vs. europäische Länder (ESPAD-Report 2003)**

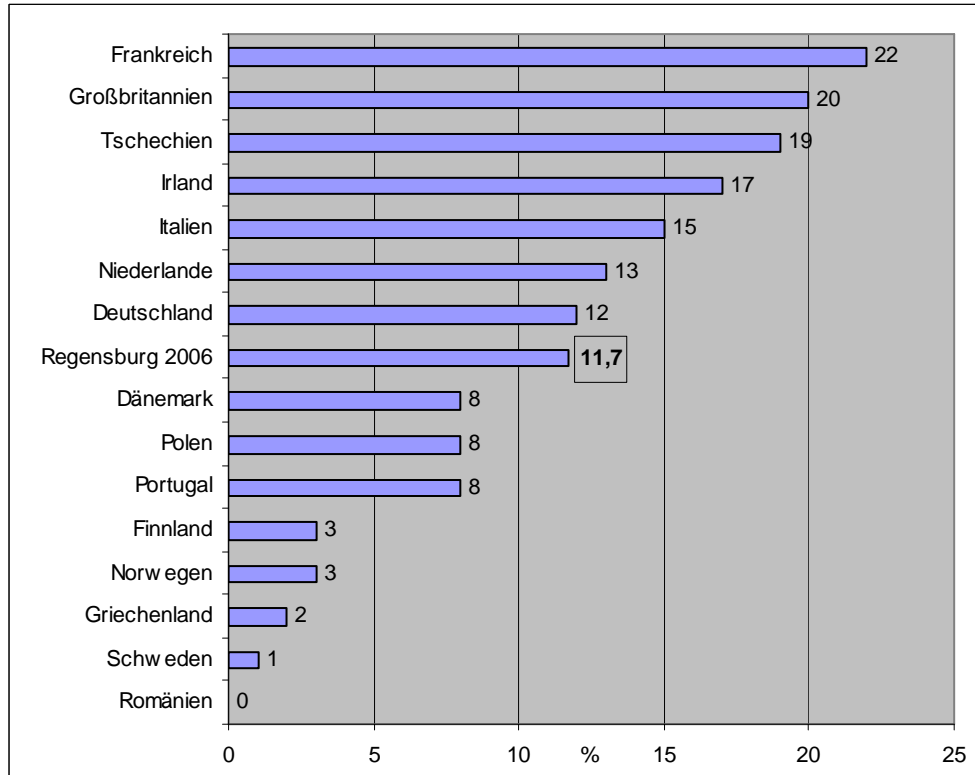
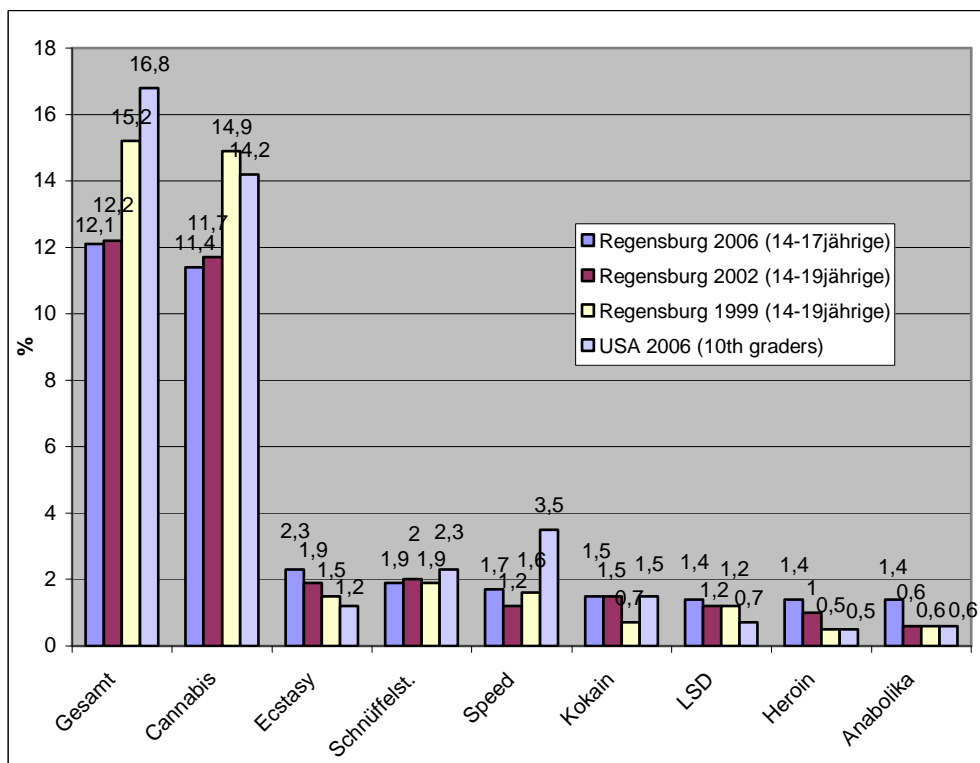


Abb. 45: 30-Tage-Prävalenzen u. g. Substanzen



4.6.3 Lebenszeit- und Jahresprävalenz

Knapp ein Viertel der Schüler (21,4%; M/W = 24,3% vs. 18,6%) hat schon mindestens einmal im Leben illegale Drogen konsumiert. Der weitaus größte Teil fiel hierbei auf Haschisch bzw. Marihuana.

In Regensburg kam es zumindest seit 1999 zu einem kontinuierlichen Rückgang des Konsums von illegalen Drogen, insbesondere zeigte sich ein Rückgang der Lebenszeit-Prävalenzen von Cannabis, Ecstasy und Speed bei einer Zunahme des Konsums von Anabolika.

Beim Vergleich mit anderen aktuellen Erhebungen zeigte sich:

Die Studie zum „Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern 2005“ des StMUGV verzeichnete bei 15- bis 17jährigen einen kontinuierlichen Anstieg der Lebenszeit-Prävalenz von Cannabis innerhalb der vorausgegangenen 10 Jahre von 19% (1995) auf 26%. Cannabis war auch hier die gebräuchlichste Substanz unter den illegalen Suchtmitteln, andere Drogen wurden nur von einem kleinen Anteil der befragten Population eingenommen. Dazu zählen Aufputschmittel wie verschiedene Amphetaminzubereitungen (3,3%), Ecstasy (2,8%), Kokain (2,4%), Schnüffelfstoffe (2%) und LSD (1,4%). Sämtliche Werte (Ausnahme: Schnüffelfstoffe und LSD) lagen über den Regensburger Zahlen.

Bei der Drogenaffinitätsstudie der BZgA von 2004 (12- bis 25jährige) wurden für illegale Drogen (Ausnahme: Schnüffelfstoffe) höhere Lebenszeit-Prävalenzen als in Regensburg ermittelt, was am ehesten durch den höheren Altersdurchschnitt erklärt werden konnte. Illegale Drogen wurden hier insgesamt von 32% der Jugendlichen und jungen Erwachsenen schon einmal konsumiert, wobei die Lebenszeit-Prävalenz von Cannabis 31% betrug, d. h. nur ein Prozent hatte ausschließlich andere illegale Drogen genommen. Übereinstimmend war die Lebenszeit-Prävalenz illegaler Drogen bei den Jungen höher als bei den Mädchen.

Im Vergleich mit Daten aus größeren europäischen Ländern (ESPAD-Studie 2003) lag die Lebenszeit-Prävalenz von Cannabis bei 15- bis 16jährigen Schülern in Regensburg 2006 hinter dem deutschen Wert im Mittelfeld, vgl. Abb. 46.

Die Lebenszeit-Prävalenz sämtlicher illegaler Drogen (v. a. Cannabis, Schnüffelfstoffe, Speed und Kokain) lag bei der „Monitoring the Future“-Studie aus den USA von 2006 (10th graders) über dem aktuellen Regensburger Niveau, vgl. Abb. 47.

**Abb. 46: Lebenszeit-Prävalenz von Cannabis: 15-16jährige in Regensburg 2006
vs. europäische Länder (ESPAD-Report 2003)**

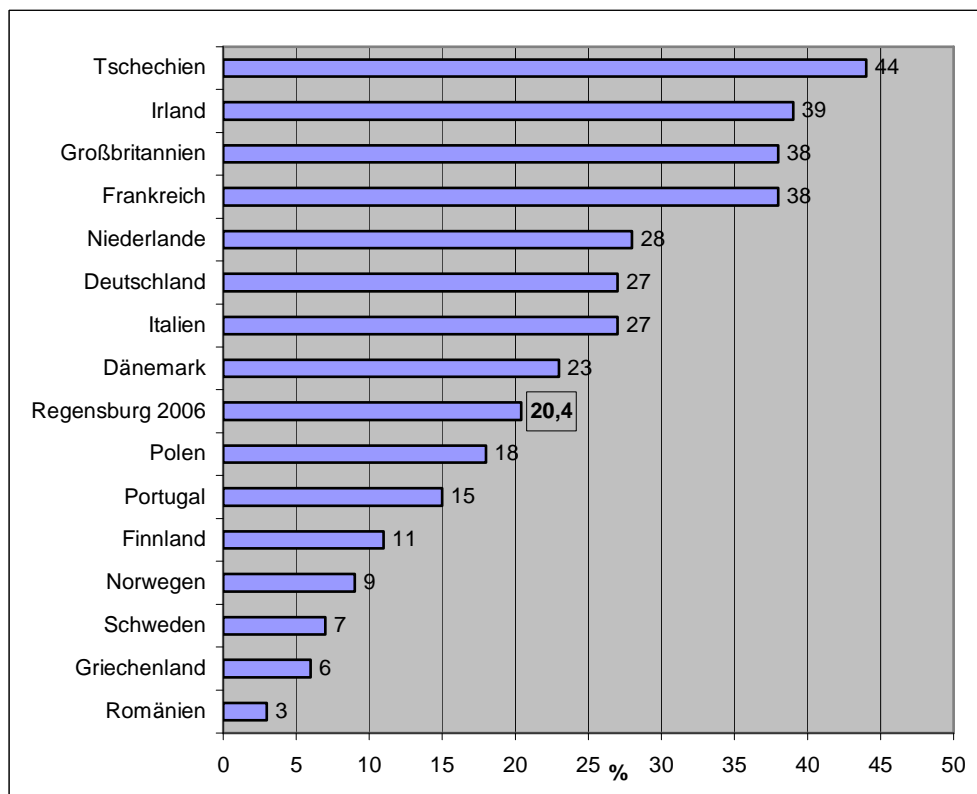
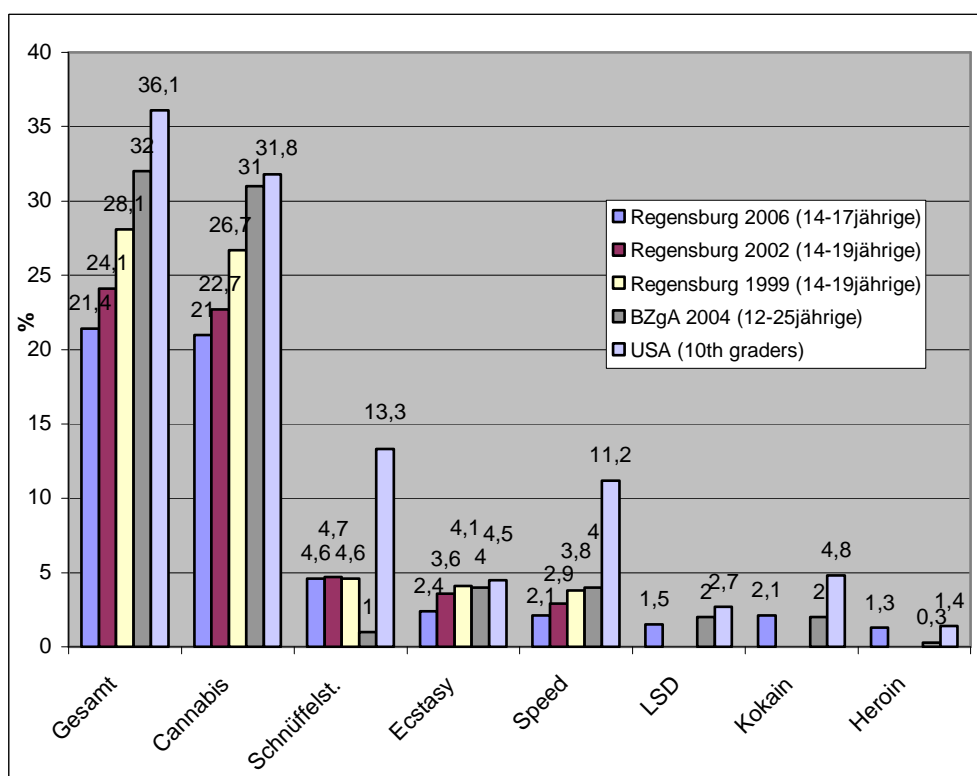


Abb. 47: Lebenszeit-Prävalenzen u. g. Substanzen



Bezogen auf die letzten 12 Monate haben bei der aktuellen Regensburger Studie 17,3% der Schüler (M/W = 20,1% vs. 14,6%) mindestens einmal illegale Drogen konsumiert.

Beim Vergleich der Jahresprävalenzen der Regensburger Studien von 2002 und 2006 fanden sich wie bereits erwähnt ein mäßiger Rückgang des Cannabiskonsums und ein deutlicher Anstieg des Konsums von Anabolika. Insgesamt ist die Jahresprävalenz illegaler Drogen seit 2002 (19,7%) gesunken.

Beim Vergleich mit anderen aktuellen Erhebungen zeigte sich:

Bei der Drogenaffinitätsstudie der BZgA von 2004 lag die Jahresprävalenz von Cannabis mit 13% (M/W = 17% vs. 10%) trotz der hier höheren Altersstruktur (12- bis 25jährige) unter dem aktuellen Regensburger Niveau (16,8%). Da die Lebenszeit-Prävalenz von Cannabis bei dieser Studie deutlich höher lag, musste mehr als die Hälfte der Probierer den Konsum noch vor dem vorausgegangenen Jahr eingestellt haben, ein größerer Teil als in Regensburg.

Die Jahresprävalenz von Cannabis betrug bei der HBSC-Studie von 2002 bei den 15jährigen in den teilnehmenden Ländern durchschnittlich 18,7% und in Deutschland 18,4%, sie war gegenüber den Regensburger Werten somit erhöht. Übereinstimmend konsumierten Jungen häufiger Cannabis als Mädchen.

Im Vergleich mit Daten aus größeren europäischen Ländern (ESPAD-Report 2003) lag die Jahresprävalenz von Cannabis bei 15- bis 16jährigen Schülern in Regensburg 2006 hinter dem deutschen Wert im Mittelfeld, vgl. Abb. 48.

Analog zu den 30-Tages- und den Lebenszeit-Prävalenzen lagen auch die Jahresprävalenzen von illegalen Drogen gesamt, von Cannabis, Schnüffelfstoffen und Speed bei der „Monitoring the Future“-Studie aus den USA von 2006 (10th graders) über dem aktuellen Regensburger Niveau, vgl. Abb. 49.

**Abb. 48: Jahresprävalenz von Cannabis: 15-16jährige in Regensburg 2006
vs. europäische Länder (ESPAD-Report 2003)**

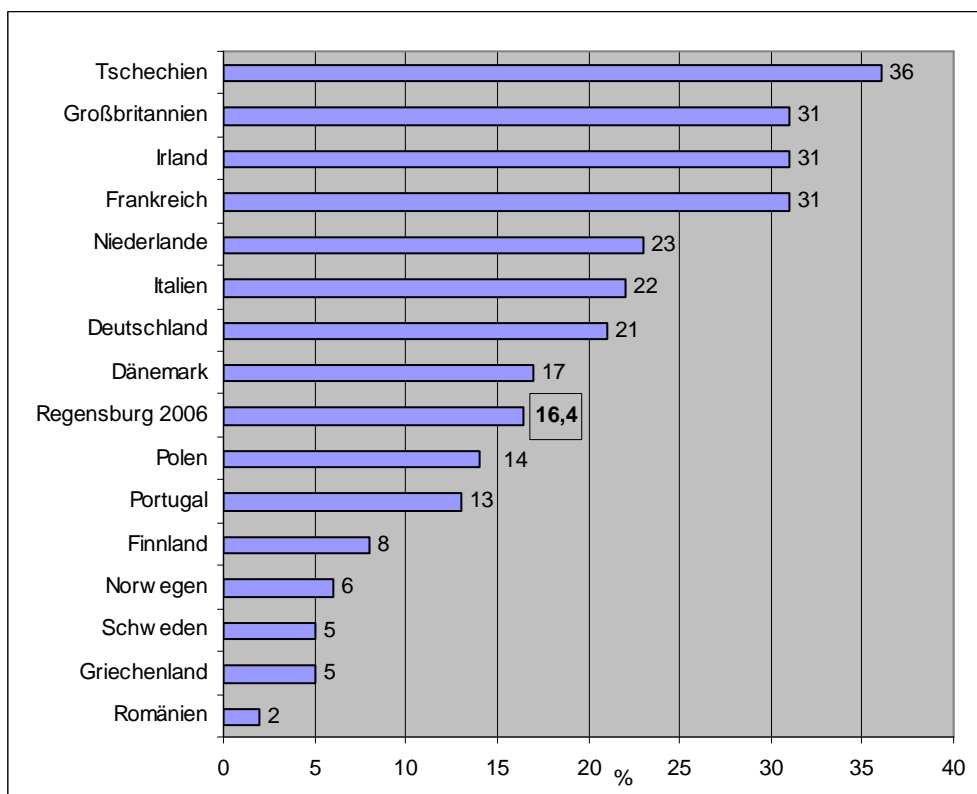
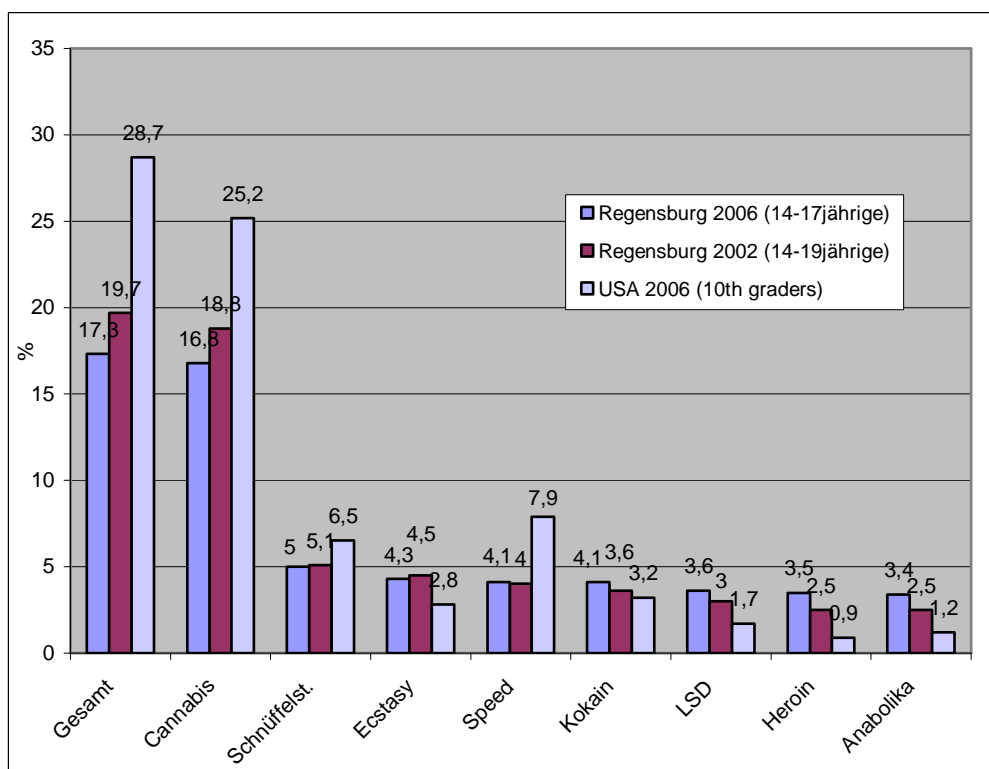


Abb. 49: Jahresprävalenzen u. g. Substanzen



Zusammenfassend ließ sich feststellen:

In Übereinstimmung mit anderen regionalen, nationalen und internationalen Studien war auch bei der Regensburger Erhebung Cannabis die weitaus am häufigsten konsumierte illegale Droge. Es folgten die synthetischen Drogen Ecstasy und Speed bzw. Amphetamin (in dieser Reihenfolge) vor Kokain - Heroin und LSD wurden am seltensten eingenommen.

In Regensburg kam es seit 1999 zu einem kontinuierlichen Rückgang des Gebrauchs von illegalen Drogen: es zeigten sich ein Rückgang der Lebenszeit- und Jahresprävalenzen von Ecstasy und Speed sowie sämtlicher Formen des Cannabiskonsums. Andererseits fanden sich eine Zunahme des Konsums von Anabolika (Lebenszeit- und 30-Tage-Prävalenz) sowie ein sukzessiver Anstieg des aktuellen Konsums von Ecstasy und Heroin.

Im regionalen Vergleich mit der Studie zum „Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern 2005“ waren sowohl der aktuelle Konsum als auch die Lebenszeit-Prävalenz illegaler Drogen in Regensburg etwas geringer.

Bei der bundesweiten Drogenaffinitätsstudie der BZgA von 2004 (12- bis 25jährige) wurden in Bezug auf illegale Drogen (Ausnahme: Schnüffelfstoffe) höhere Lebenszeit-Prävalenzen als in Regensburg ermittelt, was am ehesten durch den höheren Altersdurchschnitt erklärt werden konnte. Da die Jahresprävalenz von Cannabis unter dem Regensburger Niveau lag, musste mehr als die Hälfte der Probierer den Konsum noch vor dem vorausgegangenen Jahr eingestellt haben, ein größerer Teil als in Regensburg.

Bei der europäischen HBSC-Studie von 2002 war die durchschnittliche Jahresprävalenz von Cannabis in den teilnehmenden Ländern und in Deutschland etwas höher als in Regensburg. Bei beiden Studien konsumierten Jungen häufiger Cannabis als Mädchen.

Im Vergleich mit Daten aus größeren europäischen Ländern (ESPAD-Report 2003) lag der Gebrauch von Haschisch bzw. Marihuana (30-Tage-, Lebenszeit- und Jahresprävalenz) in Regensburg hinter dem deutschen ESPAD-Wert im Mittelfeld. In Übereinstimmung mit diesem Ergebnis berichtete auch die HBSC-Studie über einen „gemäßigten“ Cannabiskonsum in den zentral- und westeuropäischen Ländern, ein vermehrter Konsum wurde in Nordamerika, Großbritannien, Grönland und der Schweiz beobachtet, während die meisten nord-, ost- und südeuropäischen Länder eher einen geringen Cannabiskonsum aufwiesen.

Wie erwartet lagen alle Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen in Regensburg deutlich unter den US-amerikanischen Werten der „Monitoring the Future“-Studie von 2006.

4.7 Konsum und Alter

4.7.1 Alter bei Erstkonsum

Ein frühes Alter bei Erstkonsum psychotroper Substanzen wird von vielen als Prädiktor einer zukünftigen Abhängigkeit und anderer Drogenprobleme angesehen (Gfroerer et al, 2002).

Bei der Regensburger Studie lag das Durchschnittsalter bei Erstkonsum häufig konsumierter Substanzen für Zigaretten mit 12,25 Jahren besonders niedrig, es folgten Wein oder Bier (12,75 Jahre), alkoholische Mischgetränke (13,55 Jahre) und Schnaps (13,70 Jahre). Von den illegalen Drogen wurde Heroin mit 13 Jahren als erstes konsumiert.

Das Durchschnittsalter bei Erstkonsum lag in Regensburg 2006 in Bezug auf Speed, Ecstasy, Beruhigungsmittel und Anabolika unter den Werten von 2002, allerdings bei einem etwas geringerem Durchschnittsalter. Bei Cannabis, Schnüffelfstoffen und Mitteln zum Abnehmen scheint sich der Trend bereits seit 1999 zu einem früheren Probierkonsum hinzubewegen.

Beim Vergleich mit anderen aktuellen Erhebungen zeigte sich:

Bei der Drogenaffinitätsstudie der BZgA von 2004 lag das durchschnittliche Alter, in dem 12- bis 25jährige ihr erstes Glas Alkohol tranken bei 14,1 Jahren. Im Vergleich mit der BZgA-Studie von 2004 wurden alle Substanzen in Regensburg früher erstmals probiert, vgl. Tab. 15.

Tab. 15: Alter bei Erstkonsum u. g. Substanzen

	Regensburg 2006 (14- 17jährige)	Regensburg 2002 (14- 19jährige)	Regensburg 1999 (14- 19jährige)	BZgA 2004 (12- 25jährige)
Cannabis	14	14,12	14,25	16,4
Schnaps	13,7	13,48	13,81	
Kokain	13,61			18
Speed	13,56	14,17		17,1
Ecstasy	13,56	14,72		17,3
M. z. Abnehmen	13,34	13,59	13,91	
LSD	13,13			17,6
Beruhigungsmittel	12,98	13,6		
Wein oder Bier	12,75	12,71	12,85	
Anabolika	12,61	14,11		
Schnüffelfstoffe	12,46	12,99	13,32	16,4
Zigaretten	12,25	12,25	12,55	13,6

Angaben in Jahren

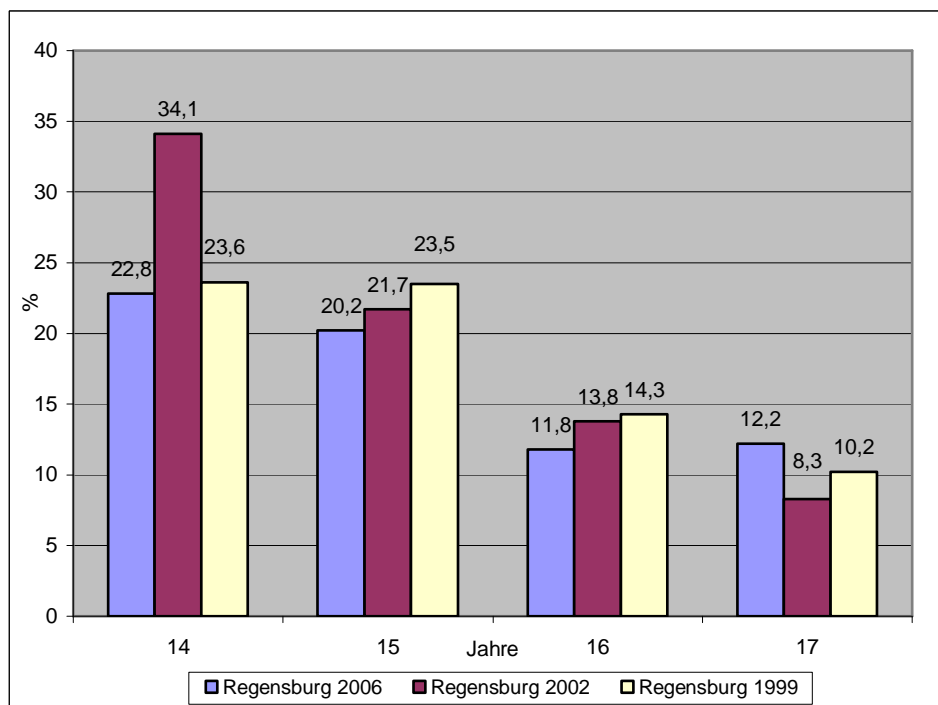
Bei der Studie zum „Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern 2005“ fand der erste Kontakt von 15- bis 17jährigen Schülern mit Zigaretten im Alter von ca. 13,5 Jahren statt, also deutlich später als in Regensburg. Das durchschnittliche Einstiegsalter zum regelmäßigen (d. h. fast täglichen) Rauchen betrug 14,5 Jahre.

4.7.2 Abstinente und Konsumenten illegaler Drogen in den Altersgruppen

Zur Beantwortung der Frage, ob sich das Konsumverhalten in Regensburg verändert hat, kann auch die Betrachtung des Anteils der aktuellen Abstinente und der aktuellen Konsumenten illegaler Drogen in den verschiedenen Altersgruppen herangezogen werden.

Abb. 50 zeigt: Mit zunehmendem Alter fiel der Anteil der Abstinente in der jeweiligen Altersgruppe. Bei der aktuellen Untersuchung war die Kurve etwas flacher, d. h. der Anteil der Abstinente war bei den 14jährigen mit 22,8% geringer und bei den 17jährigen mit 12,2% höher als bei den Erhebungen von 1999 und 2002.

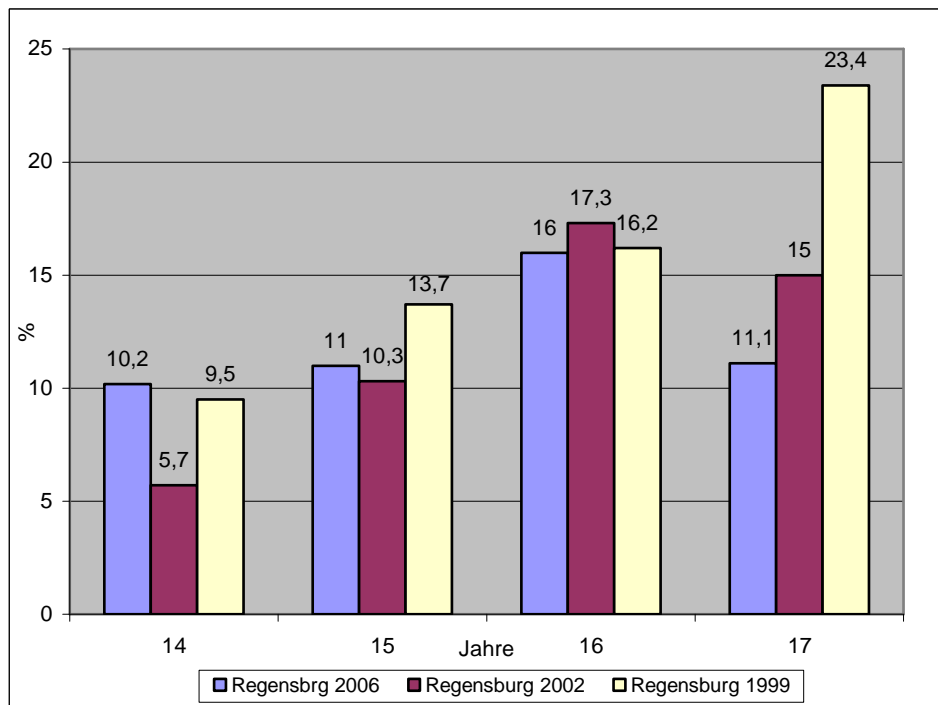
Abb. 50: Anteil der Abstinente je Altersgruppe



Etwas diffiziler verhielt es sich bei den Konsumenten illegaler Drogen: Während der Anteil der Konsumenten sonstiger illegaler Drogen (Ecstasy, Speed, LSD, Heroin und Kokain) 2006 mit einem Zwischenhoch bei den 16jährigen (4,2%) von 3,6% bei den 14jährigen auf 2,4% bei den 17jährigen leicht absank, stieg der Anteil der Cannabiskonsumenten von 9,6% bei den 14jährigen auf 9,8% bei den 17jährigen leicht an, der höchste Anteil an Konsumenten von Haschisch bzw. Marihuana fand sich bei den 16jährigen mit 15%.

Insgesamt war bei der aktuellen Erhebung der Anteil der Konsumenten illegaler Drogen bei den 14jährigen höher und bei den 17jährigen deutlich geringer als bei den vorausgegangenen Untersuchungen. Auffällig ist auch, dass der Anteil der Konsumenten illegaler Drogen bei den 17jährigen wesentlich niedriger lag als bei den 16jährigen, dies war auch schon 1999 beobachtet worden, vgl. Abb. 51. Mit zunehmendem Alter nach dem 16. Lebensjahr scheint der Konsum illegaler Drogen also vermehrt wieder aufgegeben zu werden.

Abb. 51: Anteil der Konsumenten illegaler Drogen je Altersgruppe



4.8 Konsumhäufigkeit und Mengen

Neben dem regelmäßigen Konsum alkoholischer Getränke stellen das episodisch starke Trinken und das bis zu einem Rausch führende Trinken ein erhöhtes gesundheitliches Risiko dar. Die Folgen eines riskanten Alkoholkonsums von Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind weitreichend: Gehirnstrukturen, die für das Lernen zuständig sind, sind bei trinkenden Jugendlichen zehn Prozent kleiner als bei nicht trinkenden, in der Folge leiden Leistungs- und Lernfähigkeit. Die Gefahr, süchtig zu werden, ist groß (StMUGV, 2006). Negative soziale Konsequenzen beinhalten schulischen Misserfolg, ungeplante und ungeschützte sexuelle Aktivität, Streit mit Bezugspersonen, destruktives Verhalten und Probleme mit der Polizei (Perkins, 2002; Wechsler et al., 1994). Als Indikatoren eines riskanten Alkoholkonsums wurden die Häufigkeit eines jemals erlebten Alkoholrausches und das binge drinking erfasst.

4.8.1 Häufigkeit eines Alkoholrausches

Auf die Frage nach der Häufigkeit eines jemals erlebten Alkoholrausches berichteten in Regensburg 2006 35,8% der Schüler, noch nie einen Alkoholrausch gehabt zu haben, 34,8% der Schüler antworteten „1 bis 5 mal“, 10,8% „6 bis 10 mal“ und 18,6% „öfter als 10 mal“.

Beim Vergleich mit anderen aktuellen Erhebungen zeigte sich:

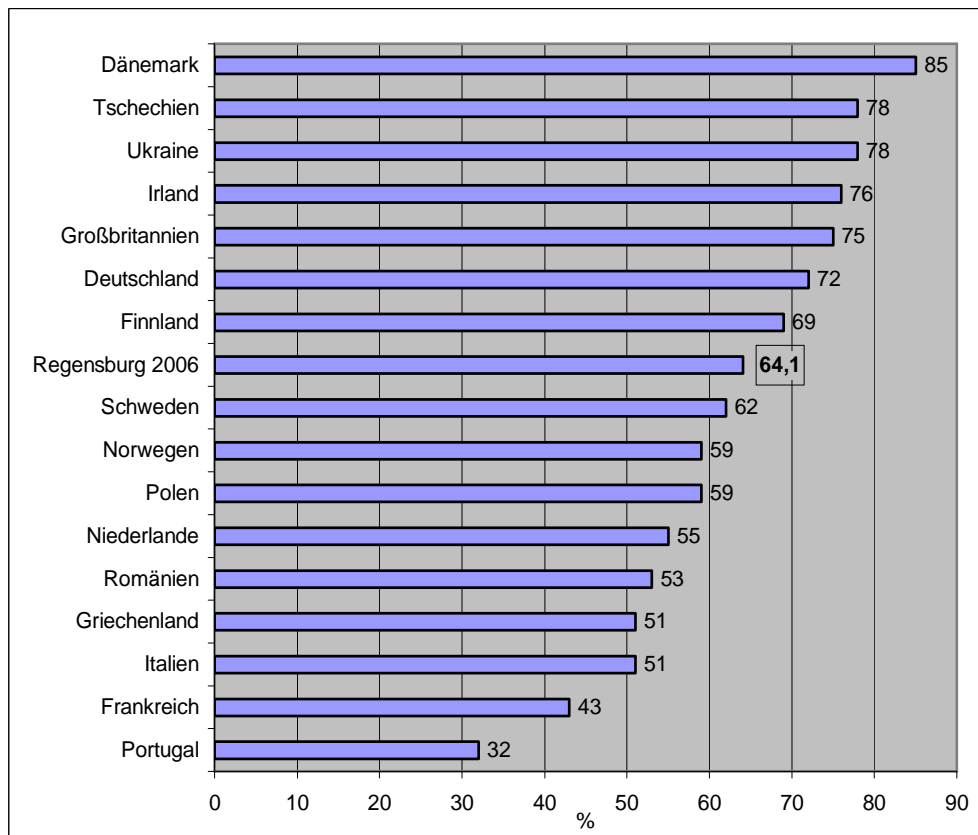
Nach Angaben der Studie zum „Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern 2005“ hatten 63% der untersuchten 15- bis 17jährigen mindestens einmal in ihrem Leben einen Alkoholrausch erlebt, das entspricht ziemlich genau dem Regensburger Ergebnis.

Bei der Drogenaffinitätsstudie der BZgA von 2004 gaben 35% der 12- bis 17jährigen (M/W = 38% vs. 33%) an, dass sie schon einmal einen Alkoholrausch gehabt haben (29% „1 bis 5 mal“ und 7% „6 mal und häufiger“), diese Werte lagen unter den Regensburger Zahlen, wobei zu vermuten ist, dass die hier integrierten, weniger konsumierenden 12- und 13jährigen die Werte niedriger werden lassen.

Dies gilt auch für die Untersuchung zur „Entwicklung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen“ der BZgA von 2005: 34% der untersuchten 12- bis 17jährigen (M/W = 38% vs. 31%) berichteten, sie hätten schon mal einen Alkoholrausch erlebt, davon 28% „1 bis 5 mal“ und 6% „6 mal und häufiger“, die aktuellsten bundesweiten Zahlen waren demnach stabil.

In Relation zu den Daten aus größeren europäischen Ländern (ESPAD-Report 2003) lag der Anteil der Alkoholrauscherfahrenen (mindestens einmal im Leben) unter 15- bis 16jährigen Schülern in Regensburg hinter dem deutschen Wert im Mittelfeld, vgl. Abb. 52.

**Abb. 52: Alkoholrauscherfahrene unter 15-16jährigen:
Regensburg 2006 vs. europäische Länder (ESPAD-Report 2003)**



Bei der „Monitoring the Future“-Studie aus den USA von 2006 (10th graders) betrug der Anteil der Alkoholrauscherfahrenden 41,4% (2000: 49,3%), er lag somit deutlich unter dem Regensburger Wert von 2006.

4.8.2 Binge Drinking

Bei der aktuellen Regensburger Studie haben ca. $\frac{3}{4}$ der Schüler (72,2%, M=W) angegeben, mindestens einmal im letzten Monat fünf oder mehr Gläser Alkohol getrunken zu haben. 62,9% berichteten, dies mindestens einmal mit Bier getan zu haben (2002: 59,7%), es folgten Alkopops (53,1%), Schnaps (48,3%, 2002: 48,6%) und Wein (36,8%, 2002: 31,6%).

Mindestens eine Episode von binge drinking gaben in Regensburg 2002 69% der Jungen und 63% der Mädchen an. Im Vergleich zur Voruntersuchung zeigte sich demnach bei den Jungen ein geringfügiger Anstieg um weniger als 5%, bei den Mädchen hingegen um fast 10%.

Verglichen mit den Ergebnissen der Drogenaffinitätsstudie der BZgA von 2004 war der Anteil der Schüler, die im letzten Monat einmal oder mehrmals binge drinking betrieben hatten, in Regensburg deutlich höher:

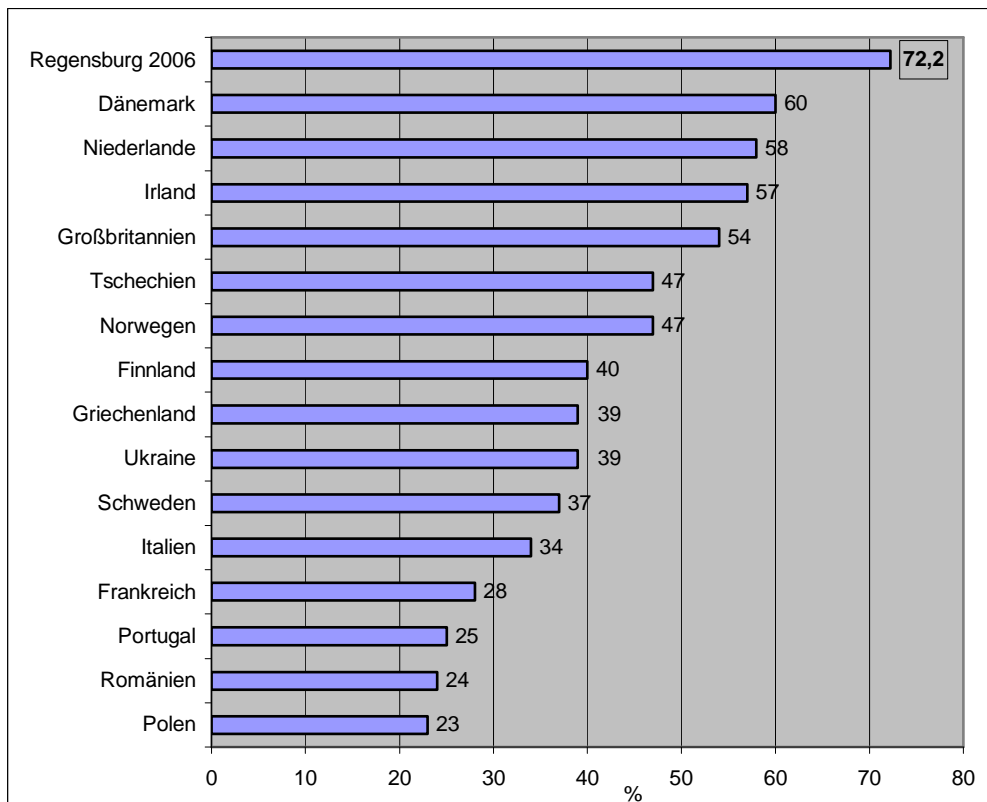
Bei der Drogenaffinitätsstudie berichteten lediglich 23% der untersuchten 12- bis 17jährigen von binge drinking im letzten Monat, wobei die hier integrierten 12- und 13jährigen die Werte vermutlich niedriger werden lassen.

Dies gilt auch für die Untersuchung zur „Entwicklung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen“ der BZgA von 2005, hier hatten 19% (M/W = 23% vs. 16%) der 12- bis 17jährigen innerhalb der letzten 30 Tage mindestens eine binge drinking-Erfahrung gemacht, bundesweit ging die Häufigkeit des binge drinking von 2004 auf 2005 also leicht zurück.

In Relation zu Daten aus größeren europäischen Ländern (ESPAD-Report 2003) war die Häufigkeit eines binge drinking im letzten Monat bei 15- bis 16jährigen in Regensburg 2006 mit Abstand am größten, vgl. Abb. 53 - zu demselben Ergebnis kam bereits ein Vergleich der Regensburger Erhebung 2002 mit 15 Ländern aus dem ESPAD-Report 1999.

Bei der „Monitoring the Future“-Studie aus den USA betrug der Anteil an 10th graders, die innerhalb der letzten zwei Wochen mindestens einmal binge drinking betrieben hatten 21,9%. Wegen des Bezugs auf die letzten zwei Wochen war keine direkte Vergleichbarkeit mit den Regensburger Zahlen gegeben.

**Abb. 53: Binge drinking im letzten Monat: 15-16jährige
in Regensburg 2006 vs. europäische Länder (ESPAD-Report 2003)**



4.8.3 Konsummenge von Alkohol

Ein Vergleich der durchschnittlich am letzten Wochenende und während der letzten Woche konsumierten Mengen verschiedener Substanzen in Regensburg ergab keine signifikanten Unterschiede des Verbrauchs im Jahr 2006 gegenüber 2002 und 1999. Tendenziell wurden seit 2002 weniger Nikotin und Cannabis geraucht und LSD konsumiert, es wurden aber mehr Wein getrunken und mehr Speed konsumiert, vgl. Tab. 16 a und b.

**Tab. 16 a: Durchschnittlich von Konsumenten u. g. Substanzen
am letzten Wochenende konsumierte Mengen**

	2006	2002	1999
Zigaretten (Stück)	23,37	23,9	28,2
Bier (Halbe)	5,26	5,1	5,75
Schnaps (Stamperl)	5,06	5,1	6,5
Wein (Schoppen)	3,54	3,3	5,75
Haschisch (Joints)	3,78	4,1	3,17
Ecstasy (Stück)	2,15	1,9	2,14
Speed (Stück)	2,29	2,2	2,78
LSD (Stück)	2,15	2,5	1

Angaben in Prozent

**Tab. 16 b: Durchschnittlich von Konsumenten u. g. Substanzen während
der letzten Woche (ohne Wochenende) konsumierte Mengen**

	2006	2002
Zigaretten (Stück)	32	35,1
Bier (Halbe)	4,9	4,8
Schnaps (Stamperl)	5,58	4,3
Wein (Schoppen)	3,98	3,2
Haschisch (Joints)	4,35	4,5
Ecstasy (Stück)	2,22	2,2
Speed (Stück)	2,41	2,1
LSD (Stück)	2,16	3

Angaben in Prozent

Bei den Alkoholkonsumenten errechnete sich eine durchschnittliche Alkoholaufnahme in der letzten Woche von 436g (2002: 331g). Im Vergleich zu 2002 war davon auszugehen, dass die Zunahme des Alkoholkonsums mit der Angebotserweiterung durch die Einführung der Alkopopsgetränke im Zusammenhang stand. Bezogen auf die gesamte Stichprobe wurde in Regensburg 2006 in der letzten Woche durchschnittlich 126g Alkohol getrunken, wobei die Jungen mit 169g ca. doppelt soviel Alkohol konsumierten wie die Mädchen mit 86,66g.

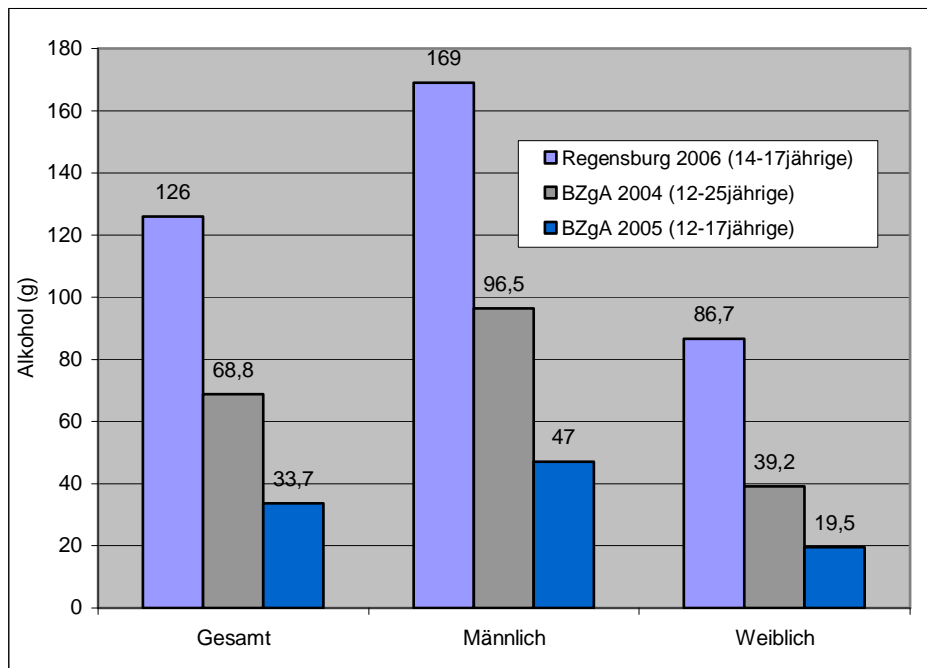
Im Vergleich mit anderen aktuellen Erhebungen ist zu berücksichtigen, dass die Berechnung der Konsumhäufigkeiten innerhalb einer Woche, die für die Ermittlung der konsumierten Menge Alkohol verwendet wurde, jeweils auf verschiedene Weise erfolgte: In Regensburg wurde nach dem Konsum in der Woche und am Wochenende vor der Erhebung getrennt gefragt und erst bei der Auswertung wurden die Mengen addiert. Durch die zeitnähere und detailliertere Frageweise sind möglicherweise die erheblich höheren Konsummengen in Regensburg zu erklären.

Die Studie zum „Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern 2005“ des StMUGV berichtete über eine durchschnittliche Alkoholaufnahme 15- bis 17jähriger Schüler von 58,8g pro Woche. Bezogen nur auf die Alkoholtrinker unter den Jugendlichen (etwas mehr als jeder Zweite) betrug der wöchentliche Konsum von reinem Alkohol 94,9g, in beiden Fällen also deutlich weniger als in Regensburg.

Bei der Drogenaffinitätsstudie der BZgA von 2004 tranken 12- bis 25jährige durchschnittlich 68,8g (M/W = 96,5g vs. 39,2g) reinen Alkohol pro Woche. Es gab aber große Unterschiede: So nahmen 31% im Laufe einer Woche so gut wie keinen Alkohol zu sich, 52% tranken zwischen 1-120g/Woche und 17% konsumierten mehr als 120g/Woche.

Ebenfalls von der BZgA wurde die „Entwicklung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen“ im Jahre 2005 untersucht. Es errechnete sich ein Gesamt-Alkoholkonsum bei 12- bis 17jährigen Schülern von 33,7g/Woche (M/W = 47g vs. 19,5g).

Im Vergleich mit den BZgA-Daten war die durchschnittlich konsumierte Alkoholmenge pro Woche in Regensburg deutlich erhöht, wobei wie schon erwähnt die unterschiedliche Untersuchungsmethodik und Altersstruktur zu berücksichtigen sind: Im Gegensatz zu den Regensburger Befragungen mit anonymisierten Fragebögen wurden die Daten der BZgA-Studien mittels computergestützter Telefoninterviews erhoben. Studien zufolge erbrachte ein anonymer Fragebogen höhere Angaben über Suchtmittelgebrauch und –missbrauch als persönliche oder telefonische Interviews (Kraus und Augustin, 2001; Carlsson et al., 2003; Shibata et al. (2002).

Abb. 54: Durchschnittliche Alkoholmenge pro Woche

4.9 Konsumumfeld der Schüler

Die Wahrnehmung, ob in der Familie oder im Freundeskreis der Konsum einer psychotropen Substanz gang und gäbe ist oder nur eine seltene Ausnahme, verstärkt oder verringert die Wahrscheinlichkeit, die entsprechende Substanz (weiter) zu konsumieren. Von der Stärke dieses Mechanismus hängt ab, ob und wie sehr der Substanzkonsum verstärkt oder abgebremst wird. Deshalb ist die Wahrnehmung der Verbreitung des Substanzkonsums im Haushalt (Familie/Eltern) und im Freundeskreis ein wichtiger Indikator für das Monitoring der Suchtprävention (BZgA, 2004).

4.9.1 Substanzkonsum der Eltern

Von Kindern, deren Eltern oder andere Familienangehörige Suchtmittel konsumieren, weiß man, dass bei ihnen ein höheres Risiko besteht, frühzeitig Drogen zu gebrauchen. Dies mag an einer gestörten sozialen und psychologischen Familienfunktion liegen oder an den neurobiologischen Folgen eines mütterlichen Substanzgebrauchs während der Gravidität auf die Kindesentwicklung (Obot et al., 2001; Repetti et al., 2002).

Alkoholgebrauch in der Familie ist eng verknüpft mit einem erhöhten Risiko des Gebrauchs psychotroper Substanzen auch bei den Kindern (Clark et al., 2005).

Die Angaben Regensburger Jugendlicher über den Substanzkonsum ihrer Eltern wiesen im Vergleich zu den Erhebungen von 2002 und 1999 keine wesentlichen Unterschiede auf.

Wie bei den vorausgegangenen Befragungen bestand ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Substanzkonsum der Schüler und dem Substanzkonsum der Eltern. Dies ließ sich auch bei anderen aktuellen Studien beobachten:

Bei der Untersuchung zum „Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern 2005“ zeigte sich bei 15- bis 17jährigen Schülern: Hatte der Vater nie geraucht, dann rauchten „nur“ 26% der Jugendlichen - rauchte der Vater zum Zeitpunkt der Erhebung, dann lag der Raucheranteil der Jugendlichen hingegen bei 45% – rauchte die Mutter, waren es sogar 47%.

Bei der Drogenaffinitätsstudie der BZgA von 2004 wurde nicht explizit der Zusammenhang zwischen dem Substanzkonsum 12- bis 24jähriger und dem Substanzkonsum ihrer Eltern, sondern der Einfluss des Haushaltes, in dem sie lebten, untersucht. Jugendliche lebten zum größten Teil mit ihren Eltern zusammen. Es zeigte sich, dass Jugendliche aus Haushalten mit weiteren Rauchern erheblich häufiger rauchten: Von denjenigen, die nur mit Nichtrauchern zusammenlebten, rauchten „lediglich“ 22%, wenn es nur einen (weiteren) Raucher im Haushalt gab, stieg der Raucheranteil auf das Doppelte (43%), bei mehreren Rauchern auf 47% der Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

4.9.2 Substanzkonsum von Freunden und Bekannten

Der stärkste Prädiktor für den Gebrauch psychoaktiver Substanzen ist der Drogenkonsum im Freundeskreis (Bachman, 1998). Der Freundeskreis formt Normen, Einstellungen und Werte von Heranwachsenden; wenn hier ein Konsum von Drogen stattfindet, senkt dies die Hemmschwelle für den eigenen Gebrauch (Bauman & Ennett, 1996; Hansen et al., 1996).

Es existieren zwei Modelle zur Erklärung des engen Zusammenhanges zwischen dem Substanzkonsum Jugendlicher und dem Substanzkonsum im Freundeskreis. Evans et al. (1978) vermutete zunächst, dass das Zusammensein mit devianten, unter Umständen Drogen konsumierenden Peers zum eigenen Drogengebrauch führt (Sozialisationstheorie), aktuellere Untersuchungen favorisieren jedoch die Selektionstheorie: In einem früheren Stadium der Sozialisation einwirkende Faktoren erhöhen demnach das Risiko, sich einem devianten Freundeskreis anzuschließen. Längsschnittstudien bestätigten, dass es der Substanzgebrauch ist, der Jugendliche zusammenführt und nicht die Gruppe, die sonst unauffällige Jugendliche zum Konsum verführt (Bauman & Ennett, 1996)

Die Angaben über den Substanzkonsum von Freunden und Bekannten wiesen bei der Studie von 2006 im Vergleich zu den Ergebnissen von 2002 nur geringe Unterschiede auf: Aktuell gaben mehr Schüler an, dass „keiner“ der Freunde und Bekannten Wein (42,1% vs. 35,7%) und Cannabis (72,1% vs. 61,9%) konsumieren, es berichteten weniger Schüler, dass „fast alle“ im Freundeskreis Zigaretten (29,3% vs. 37,7%) rauchen.

Es bestand ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Substanzkonsum der Schüler und dem Substanzkonsum im Freundeskreis. Dies ließ sich auch bei der Drogenaffinitätsstudie von 2004 beobachten: Jugendliche, die in ihrem Freundeskreis niemanden kannten, der illegale Drogen nahm, hatten im letzten Jahr nur zu 3% selbst Drogen konsumiert, bei einigen wenigen Konsumenten im Freundeskreis gehörten bereits 25% der Befragten selbst zu den Konsumenten illegaler Drogen, bei denjenigen mit ca. der Hälfte oder mehr Konsumenten im Freundeskreis waren es schon 64%.

4.9.3 Druck zum Substanzkonsum durch Freunde oder Bekannte

Der empfundene Druck zum Substanzkonsum durch Freunde oder Bekannte wird als ein wesentlicher Grund für das Rauchen bei Jugendlichen beschrieben (Engels et al., 1998).

Im Vergleich zur Befragung 2002 gaben in Regensburger aktuell weniger Schüler an, schon einmal Druck durch Freunde oder Bekannte zum Konsum von Zigaretten (40,3% vs. 46,8%), Schnaps (32,3% vs. 36,9%), Wein (21,7% vs. 26%) und Haschisch bzw. Marihuana (11% vs. 14,5%) verspürt zu haben.

4.10 Verfügbarkeit illegaler Drogen

Von den illegalen Drogen war aus Sicht der Schüler Cannabis eindeutig am leichtesten zu beschaffen: 39,5% gaben an, dieses innerhalb der nächsten 24 Stunden „leicht“ beschaffen zu können, 12,7% antworteten mit „schwierig“, 47,7% mit „gar nicht“.

Der Anteil an 15-16jährigen Jugendlichen, welcher Cannabis für „leicht“ zu beschaffen hielt, lag in Regensburg 2006 im Vergleich mit größeren europäischen Ländern (ESPAD-Report 2003) hinter dem deutschen Wert im Mittelfeld, vgl. Abb. 55.

Bei der „Monitoring the Future“-Studie aus den USA von 2006 (10th graders) antworteten erheblich mehr Schüler auf die Frage, für wie leicht oder schwer zu beschaffen sie Cannabis halten, mit „leicht“ („very easy“ oder „fairly easy“) als in Regensburg 2006, vgl. Abb. 56.

**Abb. 55: Anteil an 15-16jährigen, die Cannabis für „leicht“ zu beschaffen halten:
Regensburg 2006 vs. europäische Länder (ESPAD-Report 2003)**

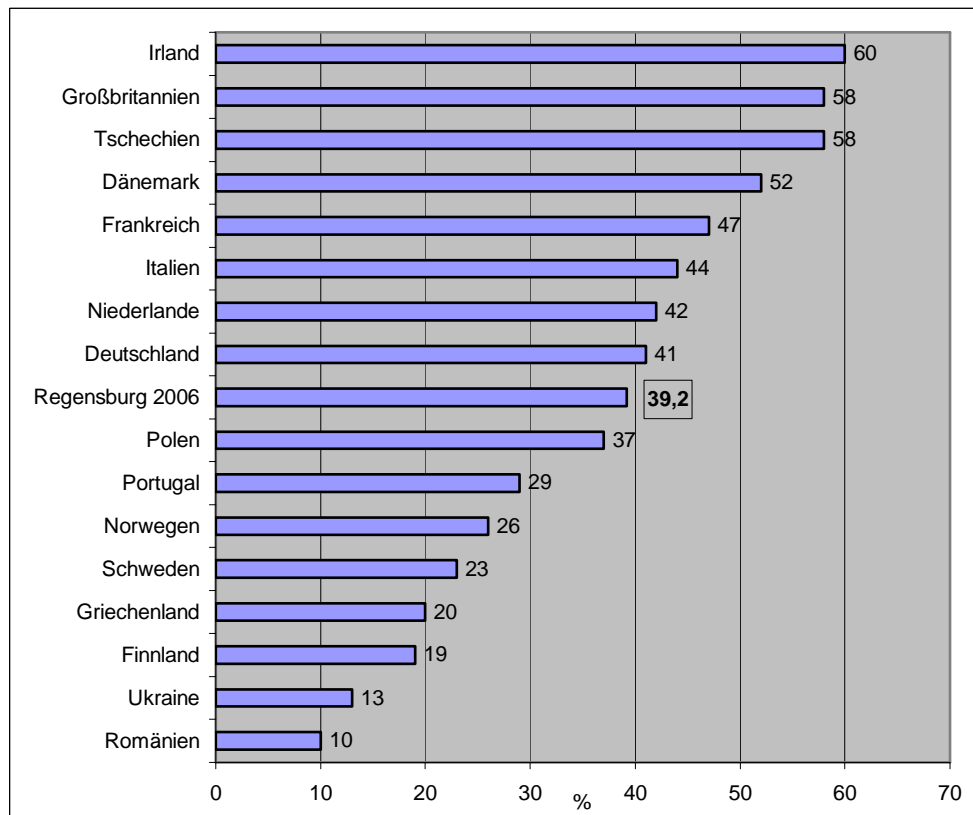
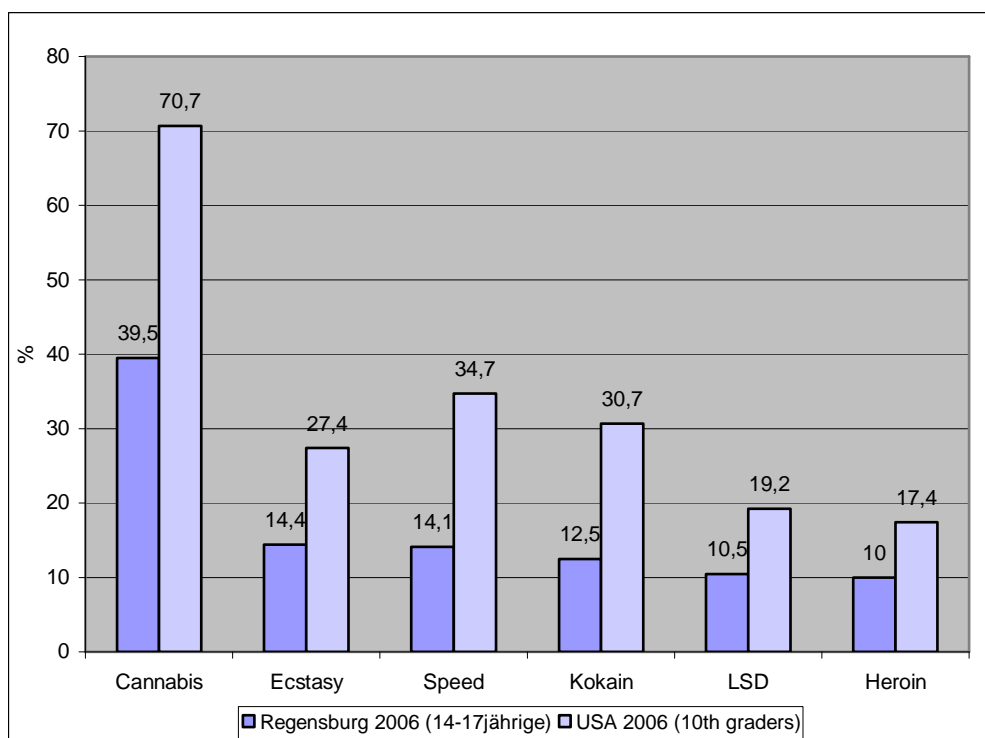


Abb. 56: Anteil an Schülern, die Cannabis für „leicht“ zu beschaffen halten

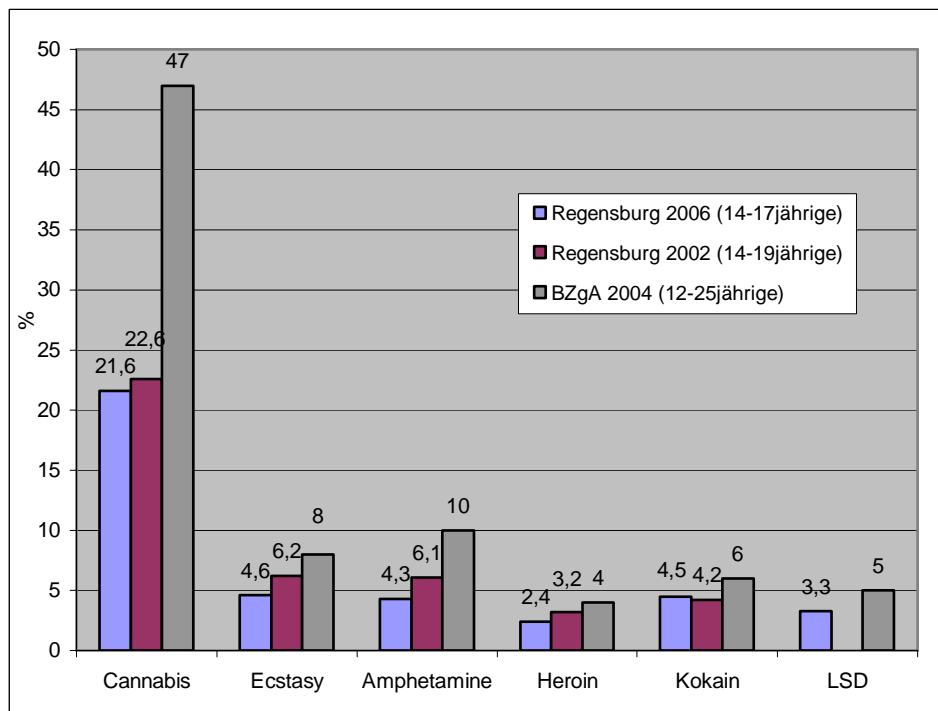


4.11 Bereitschaft zum Konsum illegaler Drogen

Die Probierbereitschaft gegenüber illegalen Drogen (Ausnahme: Kokain) ist in Regensburg gegenüber 2002 leicht gesunken.

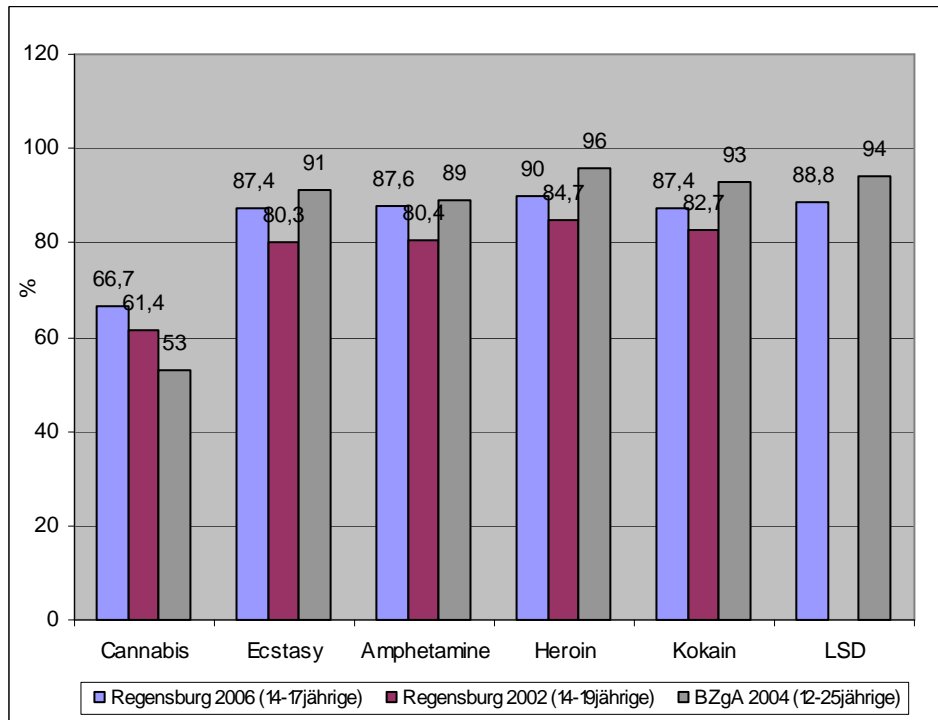
Bei der Drogenaffinitätsstudie der BZgA von 2004 war die Bereitschaft 12-25jähriger zum Konsum illegaler Drogen deutlich höher als in Regensburg, wobei die Ergebnisse aufgrund der Tatsache, dass bei der bundesweiten Befragung lediglich die Antwortmöglichkeiten „auf gar keinen Fall versuchen“ und „vielleicht einmal versuchen“ vorgegeben waren, nicht direkt miteinander verglichen werden konnten. Übereinstimmend war bei beiden Erhebungen die Bereitschaft zum Konsum von Cannabis am größten, erst mit großem Abstand folgten Ecstasy und Amphetamine, vgl. Abb. 57.

Abb. 57: Reaktion auf ein Angebot u. g. Substanzen:
Antwort „Probieren“



Die Provierbereitschaft gegenüber Heroin war jeweils am geringsten, entsprechend wurde es von den meisten abgelehnt, vgl. Abb. 58.

**Abb. 58: Reaktion auf ein Angebot u. g. Substanzen:
Antwort „Ablehnen“**



Erwartungsgemäß war die Provierbereitschaft gegenüber allen aufgeführten Substanzen bei den aktuellen Konsumenten illegaler Drogen (Drogenerfahrene) um ein Vielfaches höher als bei den Nichtkonsumenten (Drogenunerfahrene), dies war auch bei der Drogenaffinitätsstudie von 2004 beobachtet worden. Die Provierbereitschaft Drogenerfahrener lag in Regensburg bei allen Substanzen mit Ausnahme von Cannabis über den Werten der Drogenaffinitätsstudie (vgl. Tab. 17 a), Drogenunerfahrene hingegen zeigten bei allen Substanzen eine geringere Provierbereitschaft als bei der bundesweiten Erhebung (vgl. Tab. 17 b).

Tab. 17 a: Probierbereitschaft Drogenerfahrener

	Regens. 2006 (14-17jährige)	Regens. 2002 (14-19jährige)	BZgA 2004 (12-24jährige)
Cannabis	64,5	68,9	78
Amphetamine	17,7	17,1	11
Ecstasy	18,3	17,1	11
Heroin	10	7,7	4
Kokain	17,9	11,4	8
LSD	12,2		7

Angaben in Prozent

Tab. 17 b: Probierbereitschaft Drogenunerfahrener

	Regens. 2006 (14-17jährige)	Regens. 2002 (14-19jährige)	BZgA 2004 (12-24jährige)
Cannabis	15,6	7,4	32
Amphetamine	2,5	2	10
Ecstasy	2,8	2	7
Heroin	1,4	1,3	3
Kokain	2,7	1,6	6
LSD	2,1		4

Angaben in Prozent

4.12 Gründe für und gegen den Konsum illegaler Drogen

4.12.1 Gründe für den Konsum illegaler Drogen

Zur besseren Vergleichbarkeit mit der Drogenaffinitätsstudie der BZgA wurde als Grund für den Konsum illegaler Drogen der Aspekt der angestrebten Kreativität („um neue Ideen zu bekommen“) zusätzlich in den Fragebogen mit aufgenommen.

In Regensburg wurden 2006 im Vergleich zu 2002 seltener Gründe genannt, die für den Konsum illegaler Drogen sprechen, deutliche Unterschiede zeigten sich insbesondere bei den Antworten „Aus Neugier“, „Glücksgefühle“ und „Protest gegen die spießige Gesellschaft“. Die Rangfolge der aufgeführten Gründe war zum größten Teil identisch, vgl. Tab. 18.

Tab.18: Gründe für den Konsum illegaler Drogen

	2006	2002	1999
Werde nie Drogen nehmen	53,4	49,7	42
Einfach mal probieren	44,5	46,2	
Neugier	34,2	39,7	28,4
Probleme vergessen	24,1	26	28
Stimmung heben	23	26,5	30,4
Spaß am gemeinsamen Rausch	15,8	18,8	25,3
Entspannen	13,9	16	13,7
Mehr leisten	12,9	12,8	10,4
Glücksgefühle	12,9	16,1	15,4
Hemmungen überwinden	9,4	10	13,7
Langeweile	8,3	7,7	6,3
Protest gegen spießige Gesellschaft	7,5	11	9,2
Leichter Kontakt	7,3	7,9	10,3
Neue Ideen	7,3		
Besser mitreden	6,5	8,5	4,2
Bewusstsein erweitern	5,6	7	6,7

Angaben in Prozent

Bei der Drogenaffinitätsstudie der BZgA von 2004 wurden den befragten 12- bis 25jährigen Jugendlichen sieben mögliche Gründe für den Konsum illegaler Drogen vorgegeben. Diesen Items konnte man auf einer 4-Punkte-Skala voll und ganz zustimmen, eher zustimmen, man konnte sie eher ablehnen oder voll und ganz ablehnen. Folgenden Wirkungserwartungen stimmten die Jugendlichen am häufigsten voll und ganz zu: „Drogen verschaffen Glücksgefühle“ (46%), „Man kann Hemmungen überwinden“ (40%), „Alles wird viel stärker erlebt“ (30%), „Man kann gut entspannen“ (26%), „Drogen helfen, Probleme des Alltags zu vergessen“ (22%), „Es macht Spaß, mit Freunden Drogen zu nehmen“ (15%), „Wer Drogen nimmt, lernt sich besser kennen“ (6%). Den Drogen wurde also vor allem die Fähigkeit zur emotionalen Beeinflussung im Sinne einer Selbstregulation zugeschrieben. Items, die andere Wirkungen beschrieben (z. B. „Probleme vergessen“) sowie gesellschaftliche Motive wurden nachrangig genannt.

In Übereinstimmung mit der Regensburger Studie nannten Drogen erfahrene auch bei der Drogenaffinitätsstudie alle Gründe für den Konsum illegaler Drogen signifikant häufiger als Drogenunerfahrene, insbesondere zeigte sich dies bei den Aussagen „Man kann gut entspannen“ (45% vs. 17%) und „Es macht Spaß, mit Freunden Drogen zu nehmen“ (32% vs. 6%). Für Drogen erfahrene spielte demnach wie in Regensburg die geselligkeitsfördernde Wirkung von Rauschmitteln eine größere Rolle als für Drogenunerfahrene.

Bei der Untersuchung zum „Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern 2005“ des StMUGV waren für die befragten 15- bis 17jährigen Schüler die wichtigsten Gründe, illegale Drogen auszuprobieren, „Neugier“ (15%) und der „Wunsch, etwas Neues, Aufregendes erleben zu wollen“ (9%).

4.12.2 Gründe gegen den Konsum illegaler Drogen

Zur besseren Vergleichbarkeit mit der Drogenaffinitätsstudie wurden als Gründe gegen den Konsum illegaler Drogen die Angst vor dem Rausch und das schlechte Ansehen von Drogenkonsumenten in der Öffentlichkeit zusätzlich in den Fragebogen integriert.

Bei der aktuellen Regensburger Studie wurden im Vergleich zur Befragung 2002 alle Gründe gegen den Konsum illegaler Drogen bis auf „Dass Eltern oder Lehrer es merken“ häufiger genannt. Die Rangfolge der aufgeführten Motive war identisch, vgl. Tab. 19.

Tab. 19: Gründe gegen den Konsum illegaler Drogen

	2006	2002	1999
Abhängigkeit	79,7	76,7	84,9
Gesundheitliche Schäden	69,8	66,1	76
Kein Interesse	69,8	65,6	
Teuer	59,2	57,6	43,5
Konflikt mit Gesetz	43,5	41,5	32
Eltern oder Lehrer	32,6	33,1	19,1
Schlechtes Ansehen	31,3		
Angst vor Rausch	17,7		
Mich schreckt nichts ab	7,9	8,1	5

Angaben in Prozent

Bei der Drogenaffinitätsstudie der BZgA von 2004 wurden diejenigen 12- bis 25jährigen, die ein Drogenangebot abgelehnt hatten, gefragt, warum sie die angebotene Droge nicht nahmen. Aus den Antworten ergaben sich im Wesentlichen zwei Gründe. Ein Grund war die weit verbreitete emotionale Distanz zum Drogenkonsum: 43% gaben an, dass sie „kein Interesse“ am Drogengebrauch haben und 9% meinten, sie hätten abgelehnt, weil sie Drogen generell ablehnen. Das zweite wichtige Ablehnungsmotiv war die Sorge um die eigene Gesundheit. Diese kam zum Ausdruck bei „Angst vor Sucht“ (20%), „Angst vor dem Rausch“ und „Angst vor der gesundheitsschädlichen Wirkung“ (je 19%). Soziale Sanktionen, wie schlechtes Ansehen von Drogenkonsumenten in der Bevölkerung, und Bekanntwerden des Drogenkonsums zu Hause oder in der Schule spielten wie auch die Strafverfolgung eine verhältnismäßig geringe Rolle (jeweils 6%). In Regensburg spielte im Vergleich die Sorge um die eigene Gesundheit für die befragten Schüler eine größere Rolle, auch hier wurden die gesellschaftlichen Motive erst nachrangig genannt.

4.13 Gründe für das Rauchen und Nichtrauchen

Jugendliche kennen zumeist die Gefahren des Rauchens, sie unterschätzen jedoch häufig das Ausmaß der damit verbundenen Konsequenzen wie auch ihre persönliche Verwundbarkeit (Pallonen et al., 1998). Ihre Aufmerksamkeit gilt weniger den vermeintlich längerfristigen Nachteilen als den unmittelbaren „Vorteilen“ des Rauchens, z. B. dem Abbau von Stress, den gesellschaftlichen Motiven und (vor allem bei Mädchen) der Reduktion oder Kontrolle des Körpergewichts (Verduykt, 2002).

4.13.1 Gründe für Raucher, zu rauchen

Die Frage nach Gründen für das Rauchen richtete sich an diejenigen Schüler, die sich selbst als Raucher bezeichneten, die prozentuale Verteilung bezog sich auf die Gesamtzahl der 14-17jährigen. In Anlehnung an die Drogenaffinitätsstudie von 1997 wurden die Gründe „weil es die Laune hebt“, „weil es mir ein Gefühl von Freiheit oder Coolsein gibt“ und „weil es mir hilft, mein Gewicht zu kontrollieren“ zusätzlich in den Fragebogen mit aufgenommen.

Bei der aktuellen Regensburger Studie wurden im Vergleich zur Befragung 2002 alle Gründe, die für das Rauchen sprechen, häufiger genannt. Die Rangfolge der aufgeführten Motive war weitgehend identisch, die beruhigende Wirkung des Rauchens wurde am häufigsten genannt, erst nachrangig folgten gesellschaftliche Motive, vgl. Tab. 20.

Tab. 20: Gründe für das Rauchen (für Raucher)

	Schüler gesamt			Raucher	
	2006	2002	1999	2006	BZgA 2004
Weil es mich beruhigt	44,9	27,6	32,1	63,0	80
Weil ich gerne rauche	27,2	17,8	27,3	38,4	67
Weil es mir schmeckt	25,6	17,1	22,9	35,4	48
Weil man in Gesellschaft raucht	16,6	8,1	10,2	23,3	
Ich rauche gerne, wenn andere rauchen	16,1	11,9	14,9	23,0	59
Weil es die Laune hebt	13			18,2	
Ich weiß nicht, wohin mit den Händen	12,6	10	13,9	17,7	
Gefühl von Freiheit oder Coolsein	7,8			10,8	
Es hilft, das Gewicht zu kontrollieren	6,5			9,3	34

Angaben in Prozent

Bei der Befragung zum „Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern“ aus dem Jahre 2005 antworteten 15- bis 17jährige Raucher, die nach den Attributen des Rauchens befragt wurden, am häufigsten mit „Abbau von Nervosität und Stress“ (75%) „Gemütlichkeit“ (73%), „Ablenkung“ (65%) und „Geschmack“ (61%).

Befragt nach den Attributen des Rauchens stimmten bei der Drogenaffinitätsstudie der BZgA von 2004 12- bis 25jährige Raucher am häufigsten ganz oder eher (4-Punkte-Skala) folgenden Aussagen zu: „Rauchen steckt an, wenn man mit anderen zusammen ist“ (83%), „Rauchen beruhigt“ (80%), „Rauchen schafft Wohlbefinden“ (67%), „Wenn man eine Zigarette angeboten bekommt, kann man nicht ablehnen“ (59%), „Es macht Spaß, zusammen mit anderen zu rauchen“ (59%), „Rauchen schmeckt“ (48%), „Rauchen hilft bei Schwierigkeiten“ (44%), „Rauchen hält schlank“ (34%), „Wenn man raucht, kann man sich gut konzentrieren“ (27%), „Wer raucht, wirkt sympathisch“ (5%). Zum Vergleich mit der BZgA-Studie wurden bei der Regensburger Befragung die Ergebnisse zusätzlich in Prozent der aktuellen Raucher gerechnet, vgl. Tab. 20. Ein Vergleich beider Studien ist dennoch nur bedingt möglich, da sich die Formulierungen der jeweiligen Antwortmöglichkeiten z. T. deutlich unterscheiden und bei der BZgA-Studie im Gegensatz zu den Regensburger Befragungen die angebotenen Gründe auf einer 4-Punkte-Skala beurteilt werden sollten. Übereinstimmend schien das Rauchen jedoch mehr oder weniger stark mit zwei emotionalen Grundstimmungen assoziiert zu sein: zum einen mit dem Gruppenerlebnis, zum anderen mit dem Gefühl von Ruhe und Wohlbefinden.

4.13.2 Gründe für Raucher, trotz Gesundheitsgefährdung zu rauchen

Bei der aktuellen Regensburger Studie wurden im Vergleich zur Befragung 2002 alle Gründe, die für das Rauchen trotz Gesundheitsgefährdung sprechen, häufiger genannt (Ausnahme: „Ich rauche nur leichte Zigaretten“), die Rangfolge der berichteten Motive war weitestgehend identisch, vgl. Tab. 21.

In Hinblick auf die Aufhörerbereitschaft der Schüler zeigte sich, dass 11% der subjektiven Raucher bald aufhören möchten, fast jeder Vierte (23,3%) gab an, nicht aufhören zu können, wäre also ggf. für unterstützende Hilfen erreichbar.

Tab. 21: Gründe für Raucher, trotz Gesundheitsgefährdung zu rauchen

	2006	2002
Ich nehme das Risiko auf mich	32,5	18,9
Ich rauche sowieso nur wenig	24,4	16,8
Ich kann nicht aufhören	23,3	14,5
Das ist mir egal	20	11,9
Ich halte das aus	13,4	8,8
Das beunruhigt mich sehr	13	9,5
Ich höre bald mit dem Rauchen auf	11	6,5
Ich rauche nur leichte Zigaretten	7,5	8,4

Angaben in Prozent

4.13.3 Haltung der Freunde zum eigenen Rauchen

In Übereinstimmung mit der Befragung 2002 glaubten auch bei der aktuellen Regensburger Studie die meisten subjektiven Raucher, dass es ihren Freunden egal ist, ob sie rauchen oder nicht (40,6%; 2002: 28,5%), immerhin 22,5% (2002: 13,1%) vermuteten, dass ihre Freunde es befürworten würden, wenn sie mit dem Rauchen aufhören würden, lediglich 4,8% (2002: 3,4%) meinten, dass ihre Freunde es bedauern würden, sollten sie mit dem Rauchen aufhören.

Bei der Drogenaffinitätsstudie der BZgA von 2004 hatte der größte Teil der Jugendlichen den Eindruck, dass ihre Freunde das Nichtrauchen unterstützen: Gefragt nach der vermutlichen Reaktion der Freunde auf ein Aufhören des eigenen Rauchens antworteten die untersuchten 12- bis 25jährigen Raucher zum größten Teil (87%), dass ihre Freunde es gut finden würden, wenn sie aufhören würden, zu rauchen.

Zum Vergleich mit der BZgA-Studie wurden bei der Regensburger Befragung die Ergebnisse zusätzlich in Prozent der aktuellen Raucher gerechnet (57,5% egal, 31,4% positiv, 6,8% negativ). Ein Vergleich der Studien ist dennoch nur bedingt möglich, da in Regensburg 2006 drei Antwortmöglichkeiten vorgegeben waren, während bei der bundesweiten Erhebung offen nach der Reaktion der Freunde gefragt wurde. Übereinstimmend schien jedoch bei beiden Erhebungen das Nichtrauchen die anzustrebende soziale Norm darzustellen.

4.13.4 Gründe für Nichtraucher, nicht zu rauchen

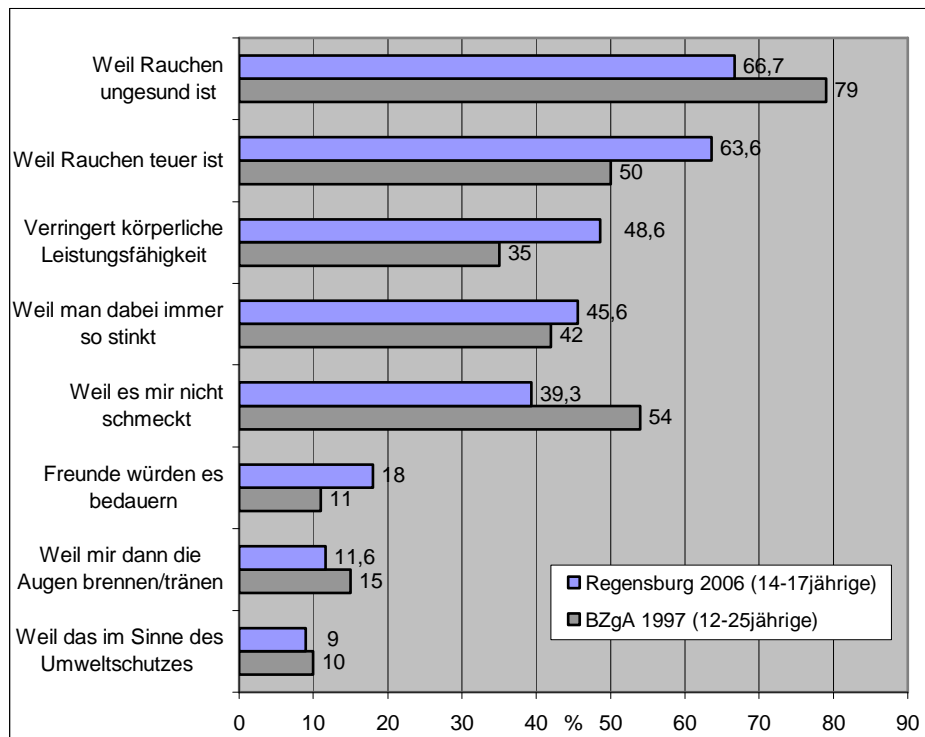
Bei der aktuellen Regensburger Studie wurden im Vergleich zur Befragung 2002 alle Gründe, die gegen das Rauchen sprechen, häufiger genannt, die Rangfolge der Motive war jedoch weitestgehend identisch, vgl. Tab. 22.

Tab. 22: Gründe für Nichtraucher, nicht zu rauchen

	2006	2002	1999
Weil Rauchen ungesund ist	66,7	47,6	56,4
Weil es teuer ist	63,6	47,8	41,8
Weil es die körperliche Leistungsfähigkeit verringert	48,6	35,6	40,6
Weil man dabei immer so stinkt	45,6	32,5	32,8
Weil es mir nicht schmeckt	39,3	29,7	33,3
Freunde würden es bedauern, wenn ich anfangen, zu rauchen	18	12,9	12,3
Weil mir dann immer die Augen brennen	11,6	8,2	11,5
Weil es im Sinne des Umweltschutzes ist, nicht zu rauchen	9	7,4	8,1

Angaben in Prozent

Da keine aktuelleren Zahlen vorlagen, erfolgte ein Vergleich der Regensburger Ergebnisse mit denen der Drogenaffinitätsstudie der BZgA von 1997: Übereinstimmend stand bei beiden Befragungen das gesundheitliche Argument an erster Stelle. Das bei der BZgA-Studie am zweithäufigsten genannte Motiv („Weil es mir nicht schmeckt“) lag bei der Regensburger Studie nur auf dem fünften Platz. Die übrigen Argumente bewegten sich bei beiden Studien im vergleichbaren Rahmen, vgl. Abb. 59.

Abb. 59: Gründe für Nichtraucher, nicht zu rauchen

4.14 Wissen über Suchtmittel

4.14.1 Informationsquellen über Suchtmittel

Die prozentualen Anteile der von den Schülern angegebenen Informationsquellen über Suchtmittel unterschieden sich bei den Regensburger Befragungen von 2002 und 2006 nur geringfügig. Interessant ist jedoch, dass Zeitungen, Zeitschriften und Bücher von deutlich weniger Schülern genannt wurden, während dem erstmals mit aufgeführten Internet eine zunehmende Rolle als Wissensquelle zuzukommen scheint, vgl. Tab. 23. Dies mag insbesondere für die Jungen gelten, welche das Internet als Informationsquelle signifikant häufiger genannt haben (32% vs. 24,3%), während die Mädchen ihr Wissen vermehrt noch aus Zeitungen, Zeitschriften oder Büchern bezogen (63,3 vs. 43%).

Es zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Angaben der aktuellen Konsumenten und Nichtkonsumenten illegaler Drogen, vgl. 3.11.1.

Tab. 23: Informationsquellen über Suchtmittel

	2006	2002
Fernsehen/Radio	66,6	63
Schulunterricht	61,1	59,1
Zeitungen/Zeitschriften/Bücher	53,3	60,1
Eltern	46,7	44,3
Clique	45,6	47,1
Mitschüler/innen	44,4	45,1
Freund/in	28,5	27,5
Internet	28,1	
Eigene Erfahrung	25,4	24,6
Andere Personen	19,8	17,5
Geschwister	19,3	16,9

Angaben in Prozent

4.14.2 Informationsstand über Suchtmittel

In Übereinstimmung mit den Erhebungen von 1999 und 2002 schätzen bei der vorliegenden Studie die meisten Schüler ihren Informationsstand über Suchtmittel als „ziemlich hoch“ ein (2006: 60,8%, 2002: 56,6%, 1999: 71% - damals wurden „ziemlich hoch“ und „sehr hoch“ zusammengefasst), fast ein Drittel beurteilte ihn als „eher gering“ (2006: 26,1%, 2002: 29,2%, 1999: 27,1%) und deutlich weniger als „sehr hoch“ (2006: 10,7%, 2002: 11%) oder „gleich Null“ (2006: 2,4%, 2002: 3,2%, 1999: 1,4%).

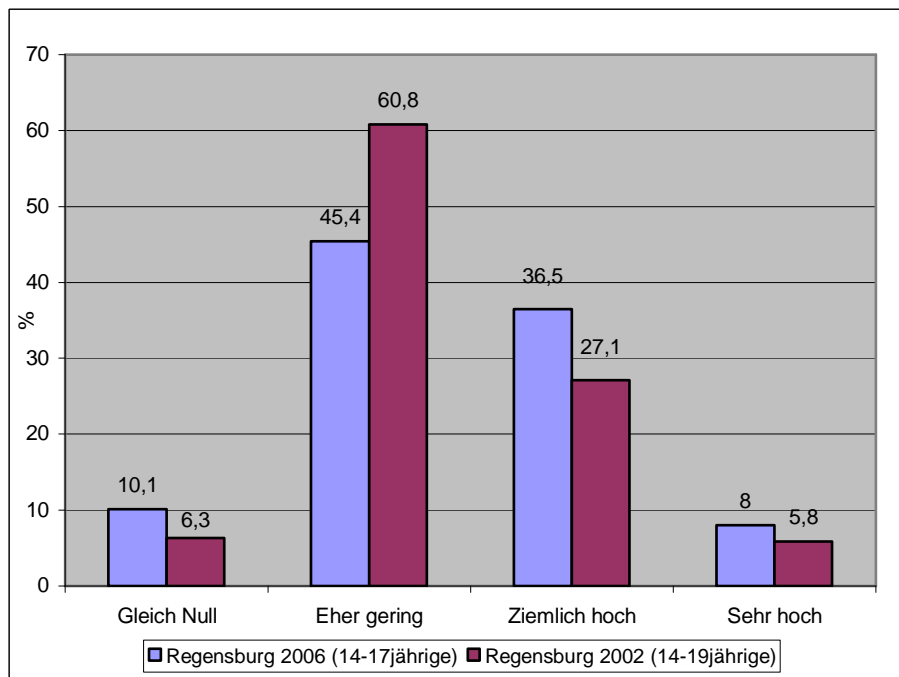
Auch hier zeigten sich erwartungsgemäß signifikante Unterschiede zwischen den Angaben der aktuellen Konsumenten und Nichtkonsumenten illegaler Drogen, vgl. 3.11.2.

4.14.3 Informationsstand über Suchtkrankenhilfe

Der Informationsstand über Suchtkrankenhilfe in Regensburg 2006 ließ sich aufgrund einer unterschiedlichen Untersuchungsweise im Jahr 1999 lediglich mit den Ergebnissen von 2002 direkt vergleichen. Übereinstimmend wurde er im Relation zum eigenen Informationsstand über Suchtmittel als geringer eingeschätzt. Interessant ist, dass 2006 deutlich mehr Schüler ihr Wissen über Suchtkrankenhilfe als „ziemlich hoch“ bezeichneten (36,5% vs. 27,1%) und weniger Schüler als „eher gering“ (45,4% vs. 60,8%), vgl. Abb. 60.

Der Wissensstand über Suchtkrankenhilfe scheint somit innerhalb der letzten Jahre gestiegen zu sein, er wurde jedoch weiterhin mehrheitlich als „eher gering“ bezeichnet, was auf einen großen Aufklärungsbedarf hinweist.

Abb. 60: Informationsstand über Suchtkrankenhilfe



4.14.4 Kenntnis von Orten des Erwerbs illegaler Drogen

Bei der Frage nach Orten, an denen man illegale Drogen kaufen kann, antworteten in Regensburg aktuell gegenüber 2002 deutlich mehr Schüler, dass sie keine solchen Orte kennen. Entsprechend seltener (auch gegenüber 1999) wurden insbesondere die Disco, die Schule und Lokale genannt, vgl. Tab. 24.

Es fanden sich signifikante Unterschiede zwischen den Angaben der aktuellen Konsumenten und Nichtkonsumenten illegaler Drogen, vgl. 3.11.4.

Tab. 24: Welche Orte kennst Du, an denen Du illegale Drogen kaufen könntest?

	2006	2002	1999
Bahnhof	43,4	48,4	43,9
Keine	39,9	30	
Disco	35,6	52,1	53,7
Parks	30,1	<33	35,3
Schule	23,2	<33	31,4
Wohnung von Bekannten	16,5	21,7	24,7
Lokale	13,8	22,8	30,7

Angaben in Prozent

Bei der ESPAD-Studie von 2003 berichteten die in 35 europäischen Ländern befragten 15- und 16jährigen Schüler auf die Frage nach Orten des Erwerbs von Cannabis am häufigsten, dass sie keinen solchen Ort kennen (45%), es folgten die Antworten „Straße und Parks ect.“ (23%), „Schule“ (16%), Disco und Bar ect. (27%), „Wohnung des Dealers“ (21%) und „Andere Plätze“ (13%).

4.14.5 Einschätzung der Gefährlichkeit von Suchtmitteln

Die aktuelle Einschätzung der Gefährlichkeit von Suchtmitteln in Regensburg ließ sich aufgrund einer unterschiedlichen Methodik im Jahre 1999 lediglich mit den Ergebnissen von 2002 direkt vergleichen. Hierbei zeigte sich, dass in Relation zu 2002 die so genannten harten Drogen (Heroin, Kokain, LSD, Ecstasy) sowohl beim Probierkonsum (Tab. 25 a) als auch bei regelmäßigem Konsum (Tab. 25 b) als geringer gefährlich eingeschätzt wurden, während Alkohol, Zigaretten, Cannabis und legale Drogen als gefährlicher beurteilt wurden.

Es zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Angaben der aktuellen Konsumenten und Nichtkonsumenten illegaler Drogen, vgl. 3.11.5.

Tab. 25 a: Einschätzung der Gefahr als „groß“, wenn man u. g. Substanzen ein- oder zweimal probiert

	2006	2002
Heroin	73,3	78
Kokain	70,4	74,7
LSD	70,1	73,2
Ecstasy	68,6	69,2
Schnüffelfstoffe	54	49,7
Cannabis	53	46,8
Anabolika	52,4	50,9
Beruhigungsmittel	48,1	39,6
Antidepressiva	46,2	
Neuroleptika	45,9	
Andere	43,3	43
Mittel zum Abnehmen	40,9	33,7
Schmerzmittel	37,6	
Schnaps	22,8	15,6
Alkopops	17	
Zigaretten	16,1	11,5
Bier	8,4	5,6
Wein	5,7	3,1

Angaben in Prozent

Tab. 25 b: Einschätzung der Gefahr als „groß“, wenn man u. g. Substanzen mehrmals in der Woche einnimmt

	2006	2002
Heroin	83,9	87,1
LSD	83,4	86
Kokain	83	85,7
Ecstasy	82,8	85,4
Cannabis	75,3	72,3
Schnüffelfstoffe	74,3	70,8
Beruhigungsmittel	71,9	67,1
Anabolika	71,4	70,9
Antidepressiva	67,4	
Neuroleptika	66,6	
Schmerzmittel	64,3	
Andere	64	64,9
Mittel zum Abnehmen	63,7	57,9
Schnaps	57,3	53,4
Zigaretten	52,1	43,8
Alkopops	48	
Bier	36	31,8
Wein	32,9	26,8

Angaben in Prozent

Die Ergebnisse der aktuellen Regensburger Studie wurden mit europäischen (ESPAD, 2003), und US-amerikanischen Daten („Monitoring the Future“, 2006) verglichen. Hierbei wurde ein Konsum mehrmals in der Woche einem regelmäßigen Konsum gleichgesetzt. Es zeigte sich, dass die Gefährlichkeit aller aufgeführten Substanzen in Regensburg häufiger als „groß“ eingeschätzt wurde, sehr deutlich waren die Unterschiede insbesondere beim Probierkonsum (Ausnahme: Heroin, wobei in der US-Studie die Einschränkung „ohne Nadel“ gemacht wurde), vgl. Tab. 26.

Tab. 26: Einschätzung der Gefahr als „groß“ bei:

	Regensburg 2006 (14-17jährige)	USA 2006 (10th graders)	ESPAD 2003 (15-16jährige) Durchschnitt
Cannabis ein- oder zweimal probieren	53	22,2	32
Cannabis regelmäßig konsumieren	75,3	64,9	70
Schnüffelfstoffe ein- oder zweimal probieren	54	43,9	35
Schnüffelfstoffe regelmäßig konsumieren	74,3	70,2	68
LSD ein- oder zweimal probieren	70,1	38,8	39
LSD regelmäßig konsumieren	83,4	60,7	69
Ecstasy ein- oder zweimal probieren	68,6	48,4	42
Ecstasy regelmäßig konsumieren	82,8		73
Kokain ein- oder zweimal probieren (ESPAD: auch Crack)	70,4	50,2	45
Kokain regelmäßig konsumieren (ESPAD: auch Crack)	83		76
Heroin ein- oder zweimal probieren (USA: ohne Nadel)	73,3	70	62
Heroin regelmäßig konsumieren	83,9		81

Angaben in Prozent

4.15 Gesundheitsbewusstsein

Mit Gesundheitsbewusstsein ist eine Einstellung gemeint, die generell zum Ausdruck bringt, welche Bedeutung Jugendliche ihrer Gesundheit beimessen.

Bei der Drogenaffinitätsstudie der BZgA von 2001 zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Gesundheitsbewusstsein Jugendlicher und ihrem Konsumverhalten, wobei dem Gesundheitsbewusstsein die Rolle eines wichtigen Schutzfaktors zuzukommen schien. Auch bei den Regensburger Untersuchungen war bei der Ablehnung illegaler Drogen stets einer der am häufigsten genannten Gründe die Sorge um die eigene Gesundheit (aktuell mit 69,8% an 2. Stelle). Deshalb wurde die Frage „Wie stark achtest Du mit Deiner Lebensweise auf die Gesundheit“ in den Fragebogen mit aufgenommen.

Das Ausmaß des eigenen Gesundheitsbewusstseins wurde von 44,1 % der Regensburger Schüler als „mittelmäßig“ beschrieben, es folgen die Antwortmöglichkeiten „stark“ (34,6%), „wenig“ (11%) und „sehr stark“ (10,3%). 44,9% der Schüler galten als gesundheitsbewusst (Antwort: „stark“ oder „sehr stark“) und 55,1% als wenig gesundheitsbewusst (Antwort: „mittelmäßig“ oder „wenig“).

Bei der Studie zum „Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern 2005“ gaben 55% der untersuchten 15- bis 17jährigen an, sehr auf ihre Gesundheit zu achten. Die Zusammenhänge zwischen dem berichteten Gesundheitsbewusstsein und dem Tabak-, Alkohol-, Drogen- sowie Medikamentenkonsum waren hochsignifikant (negative Korrelation).

Zum Vergleich mit der Regensburger Erhebung besser geeignet war aufgrund der identischen Antwortmöglichkeiten die Drogenaffinitätsstudie der BZgA von 2004: Hier galten 46% der untersuchten 12- bis 25jährigen als gesundheitsbewusst (darunter achteten 9% sehr stark auf ihre Gesundheit) und 54% der Jugendlichen als wenig gesundheitsbewusst. Die Regensburger Ergebnisse waren sehr ähnlich.

Der Einfluss des Gesundheitsbewusstseins auf den Alkoholkonsum zeigte sich am Beispiel des riskanten Alkoholtrinkens: Fast die Hälfte (48,9%) der Gesundheitsbewussten hatte in Regensburg noch nie einen Alkoholrausch erlebt, bei den wenig Gesundheitsbewussten waren es 25%. Die Studie der BZgA von 2004 erbrachte fast identische Zahlen, hier betrug das Verhältnis 44% vs. 25%. Von den Gesundheitsbewussten hatten in Regensburg „nur“ 33,5% in den letzten 30 Tagen eine oder mehrere „binge-drinking“-Episoden mit Wein (Bier: 55,3%, Schnaps: 40,8%, Alkopops: 46,6%) erlebt, bei den wenig Gesundheitsbewussten waren es 39,5% (Bier: 69,2%, Schnaps: 54,4%, alkoholische Mischgetränke: 58,4%). Bei der Drogenaffinitätsstudie hatten 38% der wenig Gesundheitsbewussten, jedoch nur 29% der Gesundheitsbewussten im letzten Monat eine oder mehrere „binge-drinking“-Episoden mit Alkohol erlebt, der Anteil bei den Gesundheitsbewussten betrug hingegen 29%.

Der Zusammenhang zwischen dem Gesundheitsbewusstsein und dem Rauchen war noch stärker ausgeprägt: Bei starkem Gesundheitsbewusstsein hatten 33,1% der Jugendlichen in Regensburg noch nie geraucht, bei denen, die wenig oder gar nicht auf ihre Gesundheit achteten, betrug der Anteil der Nieraucher 17,4%. Bei der Drogenaffinitätsstudie von 2004 hatten von den Jugendlichen mit einem starkem Gesundheitsbewusstsein 39% noch nie geraucht, von den wenig Gesundheitsbewussten waren 29% Nieraucher, der Unterschied zwischen beiden Gruppen war in Regensburg also deutlicher ausgeprägt.

Von den Gesundheitsbewussten waren in Regensburg 30,5% aktuelle Raucher, bei den wenig Gesundheitsbewussten waren es 58,2%. Auch hier war der Unterschied in Regensburg größer als bei der BZgA-Studie von 2004 (26% vs. 44%).

Der Konsum illegaler Drogen wurde ebenfalls durch das Gesundheitsbewusstsein beeinflusst: Während von den Gesundheitsbewussten 88,1% noch nie illegale Drogen probiert hatten, waren es bei den denen, die wenig oder gar nicht auf ihre Gesundheit achteten, lediglich 70,8%. Bei der Drogenaffinitätsstudie hatten 75% der Gesundheitsbewussten noch nie illegale Drogen konsumiert, bei den Jugendlichen mit geringem Gesundheitsbewusstsein waren es 49%, also deutlich weniger als in Regensburg. Während von den Gesundheitsbewussten in Regensburg 9,8% im letzten Jahr Haschisch bzw. Marihuana konsumiert hatten, waren es bei den wenig Gesundheitsbewussten 23%. Hier fanden sich bei der BZgA-Studie wieder sehr ähnliche Ergebnisse, das Verhältnis betrug 9% vs. 17%.

Es zeigte sich also: Je stärker das Gesundheitsbewusstsein der Schüler, umso häufiger war abstinenteres Verhalten, dies galt sowohl für das Rauchen, als auch für den Konsum von Alkohol und illegalen Drogen. Dies weist auf die Bedeutung von Präventionsansätzen hin, die auf eine konsequente Förderung des Gesundheitsbewusstseins abzielen und damit Effekte auf alle drei Substanzerfahrungen haben.

4.16 Problembewältigungsstrategien

Bezüglich der von den Schülern in Regensburg genannten Problembewältigungsstrategien zeigten sich bei der Erhebung 2006 im Vergleich zur Befragung 2002 keine wesentlichen Veränderungen. Weiterhin dominierten eher konstruktive Formen wie „Mit anderen darüber reden“ und „Sich ablenken“, vgl. Tab. 27.

Tab. 27: Umgang mit Problemen

	2006	2002	1999
Mit anderen reden	59,8	61,8	70,2
Sich ablenken	44,8	40,7	48,8
Darüber nachdenken	44,6	47,6	
Nicht daran denken	20,4	19,4	26,4
Sich Luft machen	16,2	14,8	
Sich betrinken	14,2	12,4	12
Sie runterschlucken	13,9	12	17,8
Ich weiß es nie	5,8	4,8	9,4
Sich zumachen	4,2	5,4	6,3

Angaben in Prozent

4.17 Freizeitaktivitäten

In Regensburg waren 2006 die von den Schülern am häufigsten genannten Freizeitaktivitäten „Freunde treffen“ (32%), „Musik hören“ (30,6%) und „mit Freunden zusammen sein“ (30,3%). Da bei den Befragungen von 2002 und 1999 lediglich die Antwortmöglichkeiten „häufig“, „manchmal“ und „nie“ vorgegeben waren, war kein direkter Vergleich der aktuellen Ergebnisse mit den Daten der vorausgegangenen Studien möglich, bei der Rangfolge der Freizeitaktivitäten zeigten sich keine wesentlichen Veränderungen.

Bei der Studie zum „Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern 2005“ wurde darüber berichtet, dass für Risikogruppen (d. h. diejenigen 15- bis 17jährigen, für die mindestens eines der Kriterien regelmäßiger Alkoholkonsum, heftiges Rauchen, aktueller Drogenkonsum oder regelmäßige Verwendung mindestens eines Medikaments zutraf) ziellose bzw. zweckfreie Freizeitbeschäftigungen (z. B. „einfach nur rumhängen“) eine große Bedeutung hatten. Risikogruppen fühlten sich eher von Musikveranstaltungen angezogen und trieben seltener Sport. Sie trafen sich häufiger mit Freunden/Leuten und gingen mehr in Kneipen oder Discos. Ähnliche Ergebnisse wurden auch bei der Regensburger Studie erzielt, wenn man die bevorzugten Freizeitaktivitäten der Konsumenten illegaler Drogen betrachtet: Von diesen wurden im Vergleich zu den Nichtkonsumenten illegaler Drogen an regelmäßigen und häufigen Freizeitaktivitäten u. a. signifikant häufiger „Mit Freund/in zusammen sein“, „Einfach rumhängen“, „In Kneipen gehen“ und „Disco“ genannt.

4.18 Suchtmittelabhängigkeit

4.18.1 Alkoholabhängigkeit/-missbrauch

15,3% der Schüler (M/W = 17,2% vs. 13,4%) zeigten nach DSM-IV Kriterien Symptome einer Alkoholabhängigkeit bzw. eines -missbrauchs. Gegenüber 2002 (9,7%, M/W = 11,1% vs. 7,9%) hat der Anteil der alkoholabhängigen Jugendlichen deutlich zugenommen, übereinstimmend war die Rate der Abhängigen bei den Jungen größer.

Um die einzelnen Kriterien von Alkoholabhängigkeit/-missbrauch miteinander vergleichen zu können, mussten auch für die Erhebung 2002 die DSM IV-Kriterien „Substanzgebrauch länger oder in größeren Mengen als beabsichtigt“ und „anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu kontrollieren“ dem übergeordneten Kriterium „Kontrollverlust“ und die DSM IV-Kriterien „Hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Gebrauch und Erholung“ und „Aufgabe oder Einschränkung von sozialen, beruflichen und Freizeitaktivitäten“ dem übergeordneten Kriterium „Soziale Einbußen“ zugeordnet werden. Bei Gegenüberstellung der Kriterien von Alkoholabhängigkeit/-missbrauch (vgl. Tab. 28) fiel auf, dass das Kriterium der Toleranzentwicklung bei der aktuellen Studie etwa drei Mal so häufig genannt wurde wie bei der Regensburger Erhebung 2002. Die Kriterien „Körperliche Entzugssymptome“ und „Inkaufnahme schädlicher Folgen“ konnten nicht verglichen werden, da hier 2002 widersprüchliche Angaben gemacht wurden.

Tab. 28: Kriterien von Alkoholabhängigkeit/-missbrauch

	2006	2002
Toleranzentwicklung	27,9	8,4
Körperliche Entzugssymptome	10,5	8,4 12,6?
Kontrollverlust	24,9	22,1
Soziale Einbußen	12	11,7
Inkaufnahme schädlicher Folgen	18,9	8,6 13,6?
Abhängigkeit	15,3	9,7

Angaben in Prozent

Den größten Teil an den Alkoholabhängigen stellten die täglichen Trinker, 2002 betrug dieser 37,3%. Bei der Erhebung 2006 befanden sich Alkoholabhängige am häufigsten unter den täglichen Konsumenten von alkoholischen Mischgetränken (81,8%), gefolgt von Schnaps (77,8%) und Bier oder Wein (69,8%).

4.18.2 Nikotinabhängigkeit

Bei der Regensburger Studie konnten nach DSM IV-Kriterien 16,6% (M/W = 15,9% vs. 17,4%) der Schüler als nikotinabhängig bezeichnet werden. Gegenüber 2002 (14,7%, M/W = 13,4% vs. 16,8%) hat der Anteil der nikotinabhängigen Jugendlichen etwas zugenommen, übereinstimmend war Rate der Abhängigen bei den Mädchen größer.

Um die einzelnen Kriterien der Nikotinabhängigkeit miteinander vergleichen zu können, wurde wie unter 4.18.1 beschrieben verfahren. Bei Gegenüberstellung der jeweils genannten Kriterien (Tab. 29) fiel auf, dass das Kriterium der Toleranzentwicklung bei der aktuellen Erhebung mehr als vier mal so häufig genannt wurde wie 2002, Entzugssymptome und Kontrollverlust wurden hingegen seltener als 2002 genannt. Die Kriterium „Inkaufnahme schädlicher Folgen“ konnte nicht verglichen werden, da hier 2002 widersprüchliche Angaben gemacht wurden.

Tab. 29 Kriterien der Nikotinabhängigkeit

	2006	2002
Toleranzentwicklung	18,8	4,1
Körperliche Entzugssymptome	16,9	23,6
Kontrollverlust	24,5	34,4
Soziale Einbußen	9,2	9,5
Inkaufnahme schädlicher Folgen	15,9	10,4 16,2?
Abhängigkeit	16,6	14,7

Angaben in Prozent

Den größten Anteil an den Nikotinabhängigen stellten jeweils die täglichen Konsumenten, dieser ist 2006 (57,4%) gegenüber 2002 (43,2%) deutlich angestiegen.

4.19 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)

Beim Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) handelt es sich um eine psychiatrische Erkrankung des Kindesalters mit einer Prävalenz von 6 bis 8% und einer Persistenz ins Erwachsenenalter in 30 bis 60% der Fälle (Rasmussen et al, 2000). Die Störung ist charakterisiert durch die Kriterien des Aufmerksamkeitsdefizits, der Hyperaktivität und der Impulsivität und kann zu einer erheblichen Beeinträchtigung des Patienten führen. Das ADHS ist eine komplexe Verhaltensstörung, die oft mit Substanzgebrauch und –missbrauch sowie einer späteren Abhängigkeit verknüpft ist (Spencer et al, 2007). Hierbei scheint das ADHS einen Risikofaktor darzustellen, da bis zu 50% der Erwachsenen mit lebenslangem ADHS eine substanzbezogene Störung (SUD) aufwiesen (Sullivan et al, 2001), entsprechend ist bei SUD-Patienten das ADHS mit einer Prävalenz von 10 bis 50% signifikant überrepräsentiert, wie Studien belegen (Clure et al, 1999). Potentielle Verbindungen zwischen beiden Störungen wurden überwiegend im Bereich der Selbstmedikation (Riggs et al, 1999) und der „gateway“-Hypothese (Kandel, 2002; Biederman et al, 2006) gesehen, überdies wurde eine gemeinsame genetische Vulnerabilität beschrieben (Wilens, 2004).

Während vorausgegangene Studien bislang lediglich Patienten untersuchten, die bereits an Substanzmissbrauch oder Abhängigkeit litten, sollte im Rahmen der Regensburger Studie untersucht werden, ob Symptome eines ADHS bereits bei 14- bis 17jährigen Schülern zu einem erhöhten Risiko für den Gebrauch psychotroper Substanzen beitragen können.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Regensburger Erhebung in Bezug auf das ADHS diskutiert:

Die Prävalenz jeder Form des Substanzgebrauchs und –missbrauchs sowie einer Abhängigkeit von Alkohol und Nikotin war bei Schülern, welche ADHS-typische Symptome angegeben hatten (im Text als ADHS+ bezeichnet) signifikant höher als bei Schülern ohne ADHS-typische Symptomatik (ADHS-). Die Ergebnisse standen in Einklang mit einer Reihe anderer Untersuchungen, welche einen Zusammenhang zwischen der Anwesenheit ADHS-typischer Symptome und einem schädlichen Substanzgebrauch in Bezug auf Nikotin, Alkohol und Cannabis aufgezeigt hatten (Biederman et al, 2006; Kollins et al, 2005; Johann et al, 2004).

Upadhyaya et al. (2005) berichtete in Bezug auf 334 US-amerikanische College Studenten, dass Teilnehmer mit Symptomen eines ADHS im vorausgegangenen Jahr einen erhöhten Konsum von Zigaretten, Cannabis und anderen illegalen Drogen aufwiesen. Im Unterschied zu den Regensburger Daten fand sich bei den ADHS+ Studenten jedoch kein signifikanter

Unterschied beim Alkoholkonsum im Vergleich zur Kontrollgruppe. In Übereinstimmung mit den Regensburger Daten hingegen zeigte Niemelä et al. (2006), dass sich im Rahmen einer 10 Jahre-Wiederholungsstudie bei finnischen Jungen mit ADHS-typischer Symptomatik vermehrt ein gelegentliches und häufiges Betrunkensein beobachten lies.

Bei der Regensburger Studie zeigten Schüler, die ADHS-typische Symptome angegeben hatten, ein geringeres durchschnittliches Alter beim Erstkonsum sämtlicher psychoaktiver Substanzen und ein schnelleres Fortschreiten in Bezug auf Sequenzen des Konsums legaler und illegaler Drogen. Ein früher Substanzkonsum bei ADHS+ Individuen scheint dabei den Gebrauch einer zweiten oder dritten Substanz zu erleichtern: So bestand in Regensburg 2006 beim Alter des ersten Suchtmittelgebrauchs eine klare Abfolge von Nikotin über Alkohol zu Haschisch bzw. Marihuana, wobei „spätere“ Drogen in der Regel nicht ohne den vorausgehenden Gebrauch einer anderen Droge konsumiert wurden.

Die Verbindung des Zigarettenrauchens mit einem späteren Alkoholkonsum und einem Gebrauch illegaler Drogen wurde bereits mehrfach aufgezeigt (Kandel, 2002; Biederman et al, 2006). Biederman et al. (2006) beschrieb, dass rauchende Jugendliche mit ADHS-typischer Symptomatik im Vergleich zu einer nicht rauchenden Kontrollgruppe leichter Alkohol und illegale Drogen konsumierten und später einen Substanzmissbrauch sowie Abhängigkeit entwickelten.

Bei der Regensburger Studie berichteten diejenigen Schüler, welche ADHS-typische Symptome angegeben hatten, dass der Drogenkonsum ihnen die Möglichkeit gibt, eigene Hemmungen zu überwinden und leichter mit anderen in Kontakt zu kommen, was auf ihre mangelnden sozialen Fähigkeiten hinwies.

Es zeigte sich, dass ADHS+ Schüler häufiger Freunde hatten, die Alkohol, Nikotin oder illegale Drogen konsumierten und sich häufiger von ihrem Umfeld unter Druck gesetzt fühlten, psychoaktive Substanzen zu gebrauchen. Marshal et al. (2006) wies darauf hin, dass die Verbindung zwischen dem ADHS und einem vermehrten Substanzgebrauch möglicherweise durch einen bevorzugten Anschluss an deviante Freundeskreise vermittelt wird, in denen die ADHS+ Individuen leichter in Kontakt mit Suchtmitteln kommen.

In Bezug auf Problembewältigungsstrategien gaben die ADHS+ Schüler seltener an, bei Problemen mit anderen darüber zu reden oder in Ruhe darüber nachzudenken, stattdessen reagierten sie vermehrt impulsiv, tendierten dazu, Probleme runterzuschlucken, betranken sich dann oder machten sich „sonst irgendwie zu“.

Zusammenfassend schien das ADHS also häufig mit mangelnden sozialen Fertigkeiten, einem unbefriedigenden Freundeskreis und ineffizienten, unreifen Bewältigungsstrategien assoziiert zu sein.

Die Tatsache, dass ADHS+ Schüler vermehrt berichteten, dass das Rauchen sie beruhigt oder ihre Stimmung hebt und dass der Konsum illegaler Drogen aus ihrer Sicht zur Entspannung führt und die Leistungsfähigkeit verbessert, lässt ihren erhöhten Substanzkonsum als eine Form der Selbstmedikation erscheinen. Von Nikotin weiß man beispielsweise, dass es kurzfristig die Aufmerksamkeit, den Wachheitsgrad und das Kurzzeitgedächtnis verbessert, eine Tatsache, von der besonders ADHS+ Schüler zu profitieren scheinen (Potter et al, 2004).

Insgesamt zeigten 39,5% der Regensburger Schüler typische Symptome eines ADHS nach Kriterien des DSM IV. Aufgrund des Charakters der Selbstauskunft bei Anwendung eines anonymisierten Fragebogens musste eine Zuordnung der Schüler zur Gruppe der ADHS+ nicht notwendigerweise der klinischen Diagnose eines ADHS entsprechen. ADHS-typische Symptome wie Hyperaktivität, Impulsivität und Aufmerksamkeitsdefizit sind auch typisch für die Entwicklungsstufe der (Post)pubertät, in der sich die Mehrheit der Regensburger Stichprobe befand. Dies scheint für die hohe Prävalenz der von den Schülern selbst berichteten ADHS-typischen Symptome mit verantwortlich gewesen zu sein. Die Probleme der ADHS+ Schüler in Hinblick auf soziale Fähigkeiten, Gruppenbindungen und Problembewältigungsstrategien finden sich jedoch auch bei ADHS+ Individuen mit einem klinisch diagnostizierten ADHS. Überdies zeigten sich unveränderte Hauptresultate, als die Stichprobe nach den restriktiveren ICD10 Kriterien klassifiziert wurde.

4.20 Einflussfaktoren auf den Konsum illegaler Drogen

Aus den Ergebnissen der Befragung wurden durch Anwendung einer multiplen logistischen Regression Einflussfaktoren auf den Konsum illegaler Drogen im letzten Monat berechnet.

Höchstsignifikant positive Einflussfaktoren auf den Konsum illegaler Drogen waren der Cannabiskonsum im Freundeskreis und der Druck zum Konsum von Cannabis durch Freunde oder Bekannte. Bei unserer Studie war Cannabis die mit Abstand am weitesten verbreitete illegale Droge (94,8% der Konsumenten illegaler Drogen). Der Zusammenhang zwischen dem eigenen Substanzgebrauch und dem Drogenkonsum im Freundeskreis ist in mehreren Studien nachgewiesen worden (Baumann et al., 1996; Hansen et al., 1996, Bachman, 1998).

Ein höchstsignifikant positiver Einflussfaktor auf den Konsum illegaler Drogen war der eigene Zigarettenkonsum im letzten Monat, ein hochsignifikant positiver Einflussfaktor war die Häufigkeit eines jemals erlebten Alkoholrausches, signifikant positive Prädiktoren waren der Konsum von Wein bezogen auf die Lebenszeit und die Häufigkeit eines binge drinking mit Schnaps im letzten Monat. Bei der Drogenaffinitätsstudie der BZgA von 2004 zeigte sich bei 12- bis 25jährigen Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen ein enger Zusammenhang zwischen der Lebenszeitprävalenz von Cannabis und der Erfahrung mit dem Rauchen, ebenso stand der Cannabisgebrauch in Beziehung zur Alkoholrauscherfahrung. Kandel (1975) zeigte auf, dass sich der Einstieg in den Konsum illegaler Drogen gewöhnlich über die Sequenz Wein oder Bier, Zigaretten oder harte Alkoholika und Cannabis bis hin zu den anderen illegalen Drogen vollzieht. Dies korreliert mit der Tatsache, dass bei unserer Untersuchung Nikotin und Alkohol deutlich früher als die meisten illegalen Drogen und insbesondere als Cannabis erstmals konsumiert wurden.

Ein höchstsignifikant positiver Einflussfaktor auf den Konsum illegaler Drogen war der eigene Konsum von Beruhigungsmitteln im letzten Monat. Der Medikamentengebrauch bzw. -missbrauch kann sowohl als Reaktion auf eine vermeintliche „Ursache“ (im Falle von Beruhigungsmitteln z. B. affektive Störungen, Angststörungen) als auch als Folge des Konsums illegaler Drogen interpretiert werden. So werden der Gebrauch von Drogen und Alkohol sowie Suchterkrankungen beispielsweise als Risikofaktoren für die Entwicklung chronischer Schlafstörungen beschrieben (DHS, 2006), was wiederum zur Einnahme von Beruhigungsmitteln führen könnte.

Weitere positive Einflussfaktoren auf den Konsum illegaler Drogen waren der Konsum von Schnüffelfstoffen im letzten Monat, der Besuch von Kneipen als Freizeitbeschäftigung und eigene Erfahrung als Informationsquelle über Suchtmittel.

Ein höchstsignifikant negativer Einflussfaktor auf den Konsum illegaler Drogen war der empfundene Druck zum Konsum von alkoholischen Mischgetränken durch Freunde oder Bekannte. Betrachtet man jedoch die Ergebnisse des Chi-Quadrat-Tests bei den Konsumenten und Nichtkonsumenten illegaler Drogen, so zeigt sich der eher erwartete positive Einfluss dieser Variable bei der höchsten Kategorie (Druck „öfter“ verspürt) - die beiden anderen Antwortmöglichkeiten („nie“ und „selten“) wurden von den Konsumenten seltener genannt. Bei Anwendung einer multiplen logistischen Regression ist nun zu berücksichtigen, dass die Zusammenhänge zwischen verschiedenen Variablen stets linear dargestellt werden. Da die Fallzahlen bei den Antwortmöglichkeiten „nie“ und „selten“ wesentlich höher waren als bei „öfter“ (lediglich 17,2% der Konsumenten illegaler Drogen, vgl. Tab. 30) wurde die Regressionsanalyse vornehmlich durch diese Angaben „beeinflusst“, so dass insgesamt ein negativer Einfluss resultierte.

Tab. 30: MP_ID * D_ALKOP Crosstabulation

			D_ALKOP			
			Nie	Selten	Öfter	Total
MP_ID	Nichtk.	Count	1026	408	256	1690
		Expected Count	1022,6	407,1	260,3	1690,0
		% within MP_ID	60,7%	24,1%	15,1%	100,0%
		% within D_ALKOP	88,2%	88,1%	86,5%	87,9%
		% of Total	53,4%	21,2%	13,3%	87,9%
Kons.		Count	137	55	40	232
		Expected Count	140,4	55,9	35,7	232,0
		% within MP_ID	59,1%	23,7%	17,2%	100,0%
		% within D_ALKOP	11,8%	11,9%	13,5%	12,1%
		% of Total	7,1%	2,9%	2,1%	12,1%
Total		Count	1163	463	296	1922
		Expected Count	1163,0	463,0	296,0	1922,0
		% within MP_ID	60,5%	24,1%	15,4%	100,0%
		% within D_ALKOP	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	60,5%	24,1%	15,4%	100,0%

Ein hochsignifikant negativer Einflussfaktor auf den Konsum illegaler Drogen war der Druck zum Konsum von Beruhigungsmitteln durch Freunde oder Bekannte. Mit Blick auf den höchstsignifikant positiven Effekt des aktuellen Konsums von Beruhigungsmitteln kann bezüglich dieses Resultats lediglich auf eine ähnliche Situation wie beim empfundenen Druck

zum Konsum von Alkopops verwiesen werden, d. h. die Antwortmöglichkeit „öfter“, welche von den Konsumenten illegaler Drogen im Vergleich zu den Nichtkonsumenten häufiger genannt wurde, hatte eine weitaus geringere Fallzahl als die Antwortmöglichkeiten „nie“ und „selten“, so dass vermutlich deshalb insgesamt ein negativer Einfluss resultierte.

Weitere negative Einflussfaktoren auf den Konsum illegaler Drogen waren der aktuelle Konsum von Schmerzmitteln und das Lernen als Freizeitbeschäftigung.

Im Vergleich zu den Ergebnissen der vorausgegangenen Regensburger Studien zeigten sich Parallelen im ausgeprägten positiven Einfluss des Cannabiskonsums von Freunden oder Bekannten und des eigenen aktuellen Zigarettenkonsums. Kein entscheidender Effekt zeigte sich im Vergleich zu 2002 hingegen für die Häufigkeit eines binge drinking-Ereignisses mit Bier im letzten Monat und für bestimmte Problemlösestrategien, obgleich bei den Chi-Quadrat-Tests von Konsumenten illegaler Drogen und Nichtkonsumenten sämtliche Formen des binge drinking und inadäquate Problemlösestile signifikant häufiger genannt wurden.

4.21 Folgerungen aus den Ergebnissen der Regensburger Studie

4.21.1 Alkohol und Nikotin

Alkohol wurde in Regensburg 2006 von 14- bis 17jährigen Schülern durchschnittlich noch vor dem 13. Lebensjahr zum ersten Mal getrunken. Insgesamt haben fast alle Schüler (94,8%) schon mindestens einmal Alkohol probiert. Von denjenigen, die jemals Alkohol getrunken hatten, konsumierten ihn 82,8% aktuell weiter. Mehr als drei Viertel (79,2%) der untersuchten Jugendlichen in Stadt und Landkreis Regensburg waren aktuelle Alkoholkonsumenten, somit war Alkohol hier mit großem Abstand die am weitesten verbreitete psychoaktive Substanz. 15,3% der Schüler konnten nach DSM IV-Kriterien als alkoholabhängig bezeichnet werden, das entspricht 19,3% der aktuellen Alkoholkonsumenten, wobei der Anteil der Abhängigen mit zunehmender Konsumhäufigkeit deutlich positiv korrelierte.

Die Konsumhäufigkeit von Alkohol wurde maßgeblich vom Konsumumfeld der Schüler und von ihrem Gesundheitsbewusstsein beeinflusst: Ein häufiger Alkoholkonsum der Schüler war hierbei eng assoziiert mit einem häufigem Substanzkonsum ihrer Eltern, auch zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Alkoholkonsum der Schüler und dem Konsum im Freundeskreis. Mehr als die Hälfte aller Schüler gab an, schon einmal Druck durch Freunde oder Bekannte zum Konsum von Alkohol verspürt zu haben. Mit steigendem Gesundheitsbewusstsein der Schüler war eine Reduktion ihres (insbesondere riskanten) Alkoholkonsums zu verzeichnen. Chou und Pickering (1992) zeigten auf, dass ein früher Erstkonsum von Alkohol mit einem höheren Risiko für einen späteren Alkoholkonsum und –missbrauch assoziiert ist. Nach Gruber et al. (1996) ist das Risiko eines späteren häufigen Konsums von Alkohol umso größer, je früher der erste Alkoholkonsum erfolgt.

Zigaretten wurden von den untersuchten 14- bis 17jährigen Jugendlichen durchschnittlich mit 12,25 Jahren zum ersten Mal geraucht. In Übereinstimmung mit anderen Untersuchungen (Kraus, 2002; BZgA, 2004; StMUGV, 2005) war Nikotin noch vor Alkohol die erste häufig konsumierte psychotrope Substanz, mit der Jugendliche in Kontakt kamen. Etwa drei Viertel (75,6%) der Schüler haben schon mindestens einmal Zigaretten probiert. Von denjenigen, die jemals Zigaretten geraucht hatten, konsumierten 59,2% aktuell weiter. Knapp die Hälfte (45,5%) der untersuchten Schüler in Stadt und Landkreis Regensburg waren aktuelle Raucher. 23% der Schüler gaben an, täglich Nikotin zu konsumieren, das sind 50,5% der aktuellen Raucher. 16,6% der Schüler konnten nach DSM-IV Kriterien als nikotinabhängig bezeichnet werden, das sind 35,3% der aktuellen Raucher. Den größten Anteil stellten die täglichen Raucher mit 57,4%, während nur 12,9% der nicht-täglichen Raucher nikotinabhängig waren.

Die Gewöhnung an das Rauchen findet also rasch und sehr früh statt, der Anteil der Nikotinabhängigen war bereits bei den durchschnittlich ca. 15jährigen sehr hoch.

Die Konsumhäufigkeit von Nikotin wurde wie bei Alkohol vom Konsumumfeld der Schüler und ihrem Gesundheitsbewusstsein beeinflusst: Ein häufiger Zigarettenkonsum der Schüler war eng assoziiert mit einem häufigem Konsum ihrer Eltern, auch zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem eigenen Nikotinkonsum und dem Konsum im Freundeskreis. 40,3% der Schüler gaben an, schon einmal Druck von Freunden oder Bekannten zum Rauchen verspürt zu haben. Der Zusammenhang zwischen dem Gesundheitsbewusstsein und dem Rauchen war noch stärker ausgeprägt als beim Alkoholkonsum.

Auch für das Rauchen gilt, dass ein früher Erstkonsum von Nikotin das Risiko eines späteren regelmäßigen Rauchens erhöht (Janson, 1999), das spätere Aufhören erschwert (Sussman et al., 1999) und das karzinogene Potential des Rauchens vergrößert (Wiencke et al., 1999).

Übereinstimmend mit der Drogenaffinitätsstudie der BZgA von 2004 schien das Rauchen mehr oder weniger stark mit zwei emotionalen Grundstimmungen assoziiert zu sein: Zum einen mit dem Gruppenerlebnis, zum anderen mit dem Gefühl von Ruhe und Wohlbefinden, wobei die individuellen Motive in Regensburg deutlich häufiger angegeben wurden, erst nachrangig wurden gesellschaftliche Gründe genannt. Nach Lopez (1983) spielen für frühere Stadien des Rauchens eher gesellschaftliche Motive eine Rolle, während in späteren Phasen nach zunehmender Gewöhnung die individuelle Wirkung des Rauchens im Vordergrund steht. Dies wiederum weist darauf hin, dass viele Schüler in Regensburg vermutlich bereits in der Phase des gewohnheitsmäßigen Rauchens angekommen waren.

In der Rangfolge der von den Schülern genannten Gründe, trotz Gesundheitsgefährdung zu rauchen, lagen „Ich nehme das Risiko auf mich“, „Ich kann nicht aufhören“ und „Das ist mir egal“ an erster, dritter und vierter Stelle. Auch dies mag darauf hinweisen, dass sich ein großer Teil der Regensburger Raucher schon auf der Stufe des gewohnheitsmäßigen Rauchens befand, da sie an ihrem Konsum festhielten, obwohl sie um die Gesundheit gefährdende Wirkung und das Abhängigkeitspotential des Rauchens wussten und diese aber ignorierten. Von immerhin 13% der Schüler wurde auf die Frage „Das beunruhigt mich sehr“ geantwortet. In Hinblick auf die Aufhörbereitschaft der Schüler zeigte sich, dass 11% der subjektiven Raucher bald aufhören möchten.

Die am häufigsten genannten Motive für Nichtraucher, nicht zu rauchen, waren die damit verbundene Gesundheitsgefährdung, die finanziellen Kosten und die Verringerung der körperlichen Leistungsfähigkeit.

Es fanden sich deutliche Zusammenhänge zwischen dem Zigarettenrauchen und anderen Konsummustern: Bei den Rauchern waren die Lebenszeit-Prävalenzen aller aufgeführten Substanzen und der aktuelle Konsum aller Substanzen bis auf LSD und Heroin signifikant höher als bei den Nichtraucher. Raucher zeigten vermehrt Muster eines problematischen Alkoholgebrauchs wie die Häufigkeit eines jemals erlebten Alkoholrausches und die „binge drinking“-Häufigkeit, auch die Menge der am letzten Wochenende und während der letzten Woche konsumierten Substanzen war bei den Rauchern in Bezug auf alle Substanzen signifikant höher als bei den Nichtrauchern. Raucher waren signifikant häufiger nicht nur von Nikotin, sondern auch (in etwas geringerem Maße) von Alkohol abhängig als Nichtraucher.

Wie bereits erwähnt, war der Substanzkonsum der Schüler eng assoziiert mit dem Konsumumfeld der Schüler und ihrem Gesundheitsbewusstsein. In diesem Zusammenhang ist wichtig, dass von den Rauchern im Vergleich zu den Nichtrauchern über einen signifikant höheren „regelmäßigen“ Konsum nicht nur von Zigaretten, sondern auch von Alkohol und anderen Drogen durch die Eltern berichtet wurde. Es ließ sich auch feststellen, dass von den Rauchern im Vergleich zu den Nichtrauchern nicht nur bei Zigaretten (hier waren die Unterschiede jedoch herausragend), sondern auch bei allen anderen Substanzen bis auf Neuroleptika und andere vom Arzt nicht verordnete Medikamente über einen signifikant höheren Konsum im Freundeskreis berichtet wurde. Raucher gaben signifikant häufiger an, „öfter“ Druck durch Freunde oder Bekannte nicht nur zum Rauchen, sondern auch zum Konsum aller anderen Substanzen mit Ausnahme von Wein und LSD verspürt zu haben. Beim Vergleich von Rauchern und Nichtrauchern fiel auf, dass die Raucher deutlich weniger auf ihre Gesundheit achteten.

Angesichts der Tatsache, dass der bei unserer Untersuchung der aktuelle Zigarettenkonsum höchstsignifikant positiv mit dem Konsum illegaler Drogen korrelierte und Nikotin noch vor Alkohol und deutlich vor Cannabis die als erstes konsumierte, weit verbreitete psychotrope Substanz darstellte, scheint dem Rauchen eine wichtige Schwellenfunktion für den Einstieg in den Konsum illegaler Drogen zuzukommen.

Dies wird gestützt durch die Tatsache, dass die Probierbereitschaft gegenüber illegalen Drogen bei den Rauchern im Vergleich zu den Nichtrauchern um ein Vielfaches erhöht war und mit steigendem Zigarettenkonsum deutlich positiv korrelierte. Auch berichteten die Raucher, dass sie im Vergleich zu den Nichtrauchern alle aufgeführten illegalen Drogen leichter beschaffen könnten.

Von den Rauchern wurden im Vergleich zu den Nichtrauchern alle Gründe, die für den Konsum illegaler Drogen sprechen (Ausnahme: „Um mehr leisten zu können“) signifikant häufiger genannt. Raucher sahen in illegalen Drogen seltener eine große Gefahr als Nichtraucher.

Bei den Alkoholabhängigen waren die Lebenszeit-Prävalenzen und der aktuelle Konsum aller aufgeführten Substanzen signifikant höher als bei den Nichtabhängigen. Bei den Nikotinabhängigen waren die Lebenszeit-Prävalenzen aller Substanzen und der aktuelle Konsum aller Substanzen mit Ausnahme von Heroin signifikant höher als bei den Nichtabhängigen. Die Alkoholabhängigen erfüllten alle Kriterien der Nikotinabhängigkeit signifikant häufiger als die Vergleichsgruppe, die Nikotinabhängigen erfüllten alle Kriterien der Alkoholabhängigkeit bzw. des –missbrauchs signifikant häufiger als die Nichtabhängigen. Diese Ergebnisse stehen in Übereinstimmung mit Sutherland und Willner (1996), welche bei 11- bis 16jährigen Schülern in England eine Assoziation zwischen dem Nikotin- und Alkoholkonsum einerseits und dem Konsum illegaler Drogen andererseits beschrieben. Je häufiger hierbei eine Intoxikation mit Alkohol stattfand, desto häufiger war auch der Konsum von Zigaretten und illegalen Drogen.

Bei unserer Studie erwiesen sich die Häufigkeit eines jemals erlebten Alkoholrausches und die Häufigkeit eines binge drinking mit Schnaps im letzten Monat als hochsignifikant bzw. signifikant positive Einflussfaktoren des aktuellen Konsums illegaler Drogen. In diesem Zusammenhang ist interessant, dass Alkohol- und Nikotinabhängige vermehrt Muster eines riskanten Alkoholgebrauchs wie die Häufigkeit eines jemals erlebten Alkoholrausches und die „binge drinking“-Häufigkeit zeigten, auch die Menge der am letzten Wochenende und während der Woche konsumierten Substanzen war bei den Alkohol- und Nikotinabhängigen in Bezug auf alle Substanzen signifikant höher als bei den Nichtabhängigen.

Folgerungen für die Suchtprävention bei Jugendlichen sind:

- Zigaretten und Alkohol waren die ersten häufig konsumierten Drogen, mit denen Jugendliche in Kontakt kamen. Ein verhinderter oder verzögerter Einstieg in den Konsum von Nikotin und Alkohol bedeutet eine Verringerung ihres Gesundheit gefährdenden Potentials sowie eines späteren häufigen Gebrauchs oder Missbrauchs. In Hinblick auf den beobachteten Zusammenhang zwischen dem Nikotin- und Alkoholkonsum einerseits und dem Konsum illegaler Drogen andererseits resultiert daraus zusätzlich ein reduziertes Risiko für den Konsum illegaler Drogen.

- Die Gewöhnung an das Rauchen findet rasch und sehr früh statt, der Anteil der Nikotinabhängigen war bereits bei den durchschnittlich ca. 15jährigen sehr hoch. Die Primärprävention des Rauchens sollte deutlich vor diesem Alter und möglichst schon vor dem Alter des ersten Probierkonsums (12,25 Jahre) einsetzen.
- Ein häufiger Substanzkonsum der Schüler war eng assoziiert mit einem häufigen Konsum derer Eltern. Entsprechend sollte das Konsumverhalten der Eltern bei präventiven Bemühungen berücksichtigt werden.
- Es bestand ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Substanzkonsum der Schüler und dem Substanzkonsum im Freundeskreis sowie dem empfundenen Druck durch Freunde oder Bekannte, psychotrope Substanzen zu konsumieren. Widerstandstraining gegen Gruppendruck und Arbeit am Selbstwertgefühl sollten wesentliche Bestandteile der Präventionsarbeit sein.
- Mit steigendem Gesundheitsbewusstsein der Schüler war eine Reduktion des Konsums von Zigaretten und Alkohol zu verzeichnen. Ein Ansatzpunkt der Primärprävention sollte im individuellen Bereich die Förderung des Gesundheitsbewusstseins sein.
- Die am häufigsten genannten Motive für Nichtraucher, nicht zu rauchen, waren die damit verbundene Gefährdung der Gesundheit, die finanziellen Kosten und die Verringerung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Bestandteile der Primärprävention des Rauchens könnten im individuellen Bereich die Förderung des Interesses an körperlicher Leistungsfähigkeit (z. B. beim Sport) und im strukturellen Bereich der Preis von Zigaretten sein.
- Als ein Grund, trotz der mit dem Rauchen verbundenen Gesundheitsgefährdung zu rauchen, wurde von immerhin 13% „Das beunruhigt mich sehr“ genannt. In Hinblick auf die Aufhörbereitschaft der Schüler zeigte sich, dass 11% der subjektiven Raucher bald aufhören möchten, fast jeder Vierte (23,3%) gab an, nicht aufhören zu können, wäre also ggf. für unterstützende Hilfen erreichbar. Die Sekundärprävention sollte das vorhandene Wissen jugendlicher Raucher um Gesundheitsgefährdung und Abhängigkeitspotential nutzen und Wege zum Aufhören zeigen.

4.21.2 Illegale Drogen

21,4% der untersuchten 14- bis 17jährigen Jugendlichen haben in ihrem Leben mindestens einmal illegale Drogen konsumiert, wobei Cannabis mit einer Lebenszeit-Prävalenz von 21% sehr deutlich herausragte. Dies spiegelte sich im aktuellen Konsum wieder: Die 30-Tage-Prävalenz von illegalen Drogen betrug 12,1%, hierbei fiel der größte Teil mit 11,4% auf Haschisch bzw. Marihuana, die übrigen illegalen Drogen wurden von 3,1% der Schüler im letzten Monat mindestens einmal konsumiert. Der Anteil an Schülern, welche Cannabis aktuell gebrauchten an Schülern, welche es jemals probiert hatten betrug 38,5%.

In Übereinstimmung mit anderen regionalen, bundesweiten und internationalen Studien war Cannabis die mit großem Abstand am weitesten verbreitete illegale Droge und lag in der Konsumhäufigkeit von allen aufgeführten Substanzen hinter Alkohol und Nikotin auf dem dritten Rang. Aus Sicht der Schüler war Cannabis von allen illegalen Drogen eindeutig am leichtesten zu beschaffen, auch zeigte sich bei Haschisch bzw. Marihuana eine erheblich geringere Ablehnungs- und eine deutlich höhere Probierbereitschaft als bei den anderen illegalen Suchtmitteln.

Während die Studie zum „Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern 2005“ bei 15- bis 17jährigen Jugendlichen einen deutlichen Anstieg der Lebenszeit-Prävalenz von Cannabis innerhalb der vorausgegangenen 10 Jahre verzeichnete, kam es in Regensburg zumindest seit 1999 (erste Untersuchung) zu einem kontinuierlichen Rückgang des Konsums von illegalen Drogen und insbesondere von Cannabis. Trotz dieser erfreulichen Entwicklung ist die Gefährdung, die von Cannabis ausgeht, gewaltig: So berichtete Lynskey et al. (2003), dass ein früher Cannabiskonsum das Risiko eines späteren Drogengebrauchs und -missbrauchs sowie einer Abhängigkeit von illegalen Drogen und Alkohol erhöht. Ellickson & Morton (1999) zeigten auf, dass ein früher Erstkonsum von Marihuana das Risiko für den Gebrauch harter Drogen um den Faktor 10 erhöht. In diesem Zusammenhang ist wichtig, dass in Regensburg seit 1999 ein Trend hin zu einem früheren Probierkonsum von illegalen Drogen und insbesondere von Cannabis besteht.

Konsumenten illegaler Drogen nannten als Gründe für den Konsum am häufigsten „Einfach mal ausprobieren“, „Um meine Stimmung zu heben“ und „Spaß am gemeinsamen Rausch“ - diese und alle anderen Antworten bis auf „Um mehr leisten zu können“ wurden im Vergleich zu den Nichtkonsumenten signifikant häufiger genannt. Am deutlichsten war der Unterschied bei „Spaß am gemeinsamen Rausch“, für Drogenerfahrene spielte die geselligkeitsfördernde Wirkung illegaler Drogen demnach eine bedeutend größere Rolle als für Drogenunerfahrene.

Die von den Nichtkonsumenten illegaler Drogen am häufigsten genannten Gründe gegen den Konsum illegaler Drogen waren die Vermeidung der Abhängigkeit, gesundheitliche Schäden und fehlendes Interesse. Für die Konsumenten illegaler Drogen stand als Grund gegen den Konsum die Vermeidung der Abhängigkeit im Vordergrund, knapp vor den finanziellen Kosten und der Gesundheitsgefährdung. Das Wissen um die Gefahren illegaler Drogen war also durchaus vorhanden, aber es stellte für die Konsumenten illegaler Drogen im Vergleich zu den Nichtkonsumenten eine deutlich geringere Abschreckung dar, während das finanzielle Argument hier vermehrt fruchtete.

Erwartungsgemäß beantworteten Konsumenten illegaler Drogen die Frage nach der Kenntnis von Orten des Erwerbs illegaler Drogen häufiger als Nichtkonsumenten. Als Orte, an denen illegale Drogen erworben werden können, wurden von ihnen bevorzugt die Wohnung von Bekannten, der Bahnhof und Parks genannt, es folgten die Disco, die Schule und Lokale. Bis auf Bahnhof und Disco lagen ihre Angaben signifikant über denen der Nichtkonsumenten illegaler Drogen, der größte Unterschied zeigte sich bei Wohnung von Bekannten, vermutlich aufgrund der Tatsache, dass Nichtkonsumenten deutlich weniger Freunde haben, die illegale Drogen konsumieren.

Der Einfluss des Konsumumfeldes und insbesondere des Freundeskreises auf den Substanzkonsum Jugendlicher ist unstrittig. Der Freundeskreis formt Normen, Einstellungen und Werte von Heranwachsenden; wenn hier ein Konsum von Drogen stattfindet, senkt dies die Hemmschwelle für den eigenen Gebrauch (Baumann et al., 1996; Hansen et al., 1996). Nach Bachman (1998) ist der Drogenkonsum im Freundeskreis der stärkste Prädiktor für den eigenen Gebrauch psychoaktiver Substanzen.

Bei unserer Erhebung war der Substanzkonsum der Schüler deutlich mit dem Konsum im Freundeskreis assoziiert: Von den Konsumenten illegaler Drogen wurde im Vergleich zu den Nichtkonsumenten bei allen angegebenen Substanzen über einen signifikant erhöhten Konsum im Freundeskreis berichtet. Herausragend war erwartungsgemäß der Unterschied bei den illegalen Drogen und insbesondere bei Cannabis. Konsumenten illegaler Drogen gaben überdies signifikant häufiger an, „öfter“ Druck von Freunden oder Bekannten zum Konsum von Cannabis und allen anderen illegalen Suchtmitteln verspürt zu haben. Konsumenten illegaler Drogen nannten als einen der häufigsten Gründe für den Konsum „Spaß am gemeinsamen Rausch“, dies wiederum unterstreicht die wichtige Funktion der Peergroup beim Drogenkonsum. Bei den Freizeitaktivitäten schienen für die Konsumenten illegaler Drogen im Vergleich zu den Nichtkonsumenten Aktivitäten mit Freunden eine größere Bedeutung zu haben: Zusammensein mit Freund/in und Freunden, „einfach rumhängen“,

„in Kneipen gehen“ und „Disco“ wurden von ihnen deutlich häufiger genannt als von den Nichtkonsumenten illegaler Drogen. Die „Clique“ wurde von den Konsumenten illegaler Drogen auch als Informationsquelle über Suchtmittel bevorzugt und deutlich häufiger genannt als von den Nichtkonsumenten illegaler Drogen. Es überrascht somit nicht, dass bei der logistischen Regressionsanalyse der Cannabiskonsum im Freundeskreis und der empfundene Druck zum Konsum von Cannabis durch Freunde oder Bekannte höchstsignifikant positive Einflussfaktoren auf den Konsum illegaler Drogen darstellten.

Gleichzeitig darf die Bedeutung der Eltern auf die Entwicklung des Substanzkonsums, insbesondere der legalen Substanzen, nicht unterschätzt werden (Hansen et al., 1987). Die Eltern können auf verschiedene Weise den späteren Substanzkonsum ihrer Kinder beeinflussen: Einerseits über die Vorbildfunktion beim Substanzkonsum und andererseits über das Beziehungsgefüge in der Familie. So nannten Fergusson und Horwood (1999) als Faktoren, die das Risiko der Einbindung in eine deviante Peergroup erhöhen, unter anderem eine unbefriedigende Mutter-Kind-Interaktion, sexuellen Missbrauch in der Kindheit, elterliche Konflikte, niedrigen sozioökonomischen Status, kriminelles Verhalten und den Gebrauch legaler und illegaler Drogen durch die Eltern.

Bei unserer Studie zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Substanzkonsum der Schüler und dem Substanzkonsum der Eltern: Von den Konsumenten illegaler Drogen wurde im Vergleich zu den Nichtkonsumenten über einen signifikant höheren Konsum von Cannabis und allen anderen illegalen Drogen durch die Eltern berichtet.

Lachnit und Kampe (1996) nannten als Risikofaktoren einer allgemeinen Suchtgefährdung mangelnde Problemlösefähigkeiten, ein konsumorientiertes Freizeitverhalten, hedonistische Werthaltungen und die Zugehörigkeit zu einer Suchtmittel konsumierenden Gruppe. Bei den 11- bis 15jährigen stünden hierbei das Freizeitverhalten und die Bereitschaft, Normen und Konsumgewohnheiten der Bezugsgruppe zu übernehmen, im Vordergrund, während bei den 16- bis 21jährigen ein inadäquates Problemlösungsverhalten imponiere.

Die korreliert mit unseren Ergebnissen: Von den Konsumenten illegaler Drogen wurden im Vergleich zu den Nichtkonsumenten signifikant häufiger die Problemlösestile „Ich betrinke mich“ und „Ich mache mich sonst irgendwie zu“ genannt, von den Nichtkonsumenten wurde signifikant häufiger „Ich versuche, in Ruhe darüber nachzudenken“ genannt. Konsumenten illegaler Drogen neigten vermehrt zu konsumorientierten Freizeitaktivitäten (in Kneipen gehen, Disco), von den Nichtkonsumenten wurden als Freizeitbeschäftigungen signifikant häufiger „Lernen“ und häufiger „sonstige Hobbys“ genannt.

Der Konsum illegaler Drogen wurde auch vom Gesundheitsbewusstsein beeinflusst: Beim Vergleich der Konsumenten mit den Nichtkonsumenten illegaler Drogen fiel auf, dass die Nichtkonsumenten deutlich mehr auf ihre Gesundheit achteten.

Folgerungen für die Suchtprävention bei Jugendlichen sind:

- Lynskey et al. (2003) berichtete, dass ein früher Cannabiskonsum das Risiko eines späteren Drogengebrauchs, und -missbrauchs, sowie einer Abhängigkeit von illegalen Drogen und Alkohol erhöht. Von den illegalen Drogen wurde in Regensburg Heroin mit durchschnittlich 13 Jahren am frühesten erstmals konsumiert, Cannabis probierten die Schüler durchschnittlich mit 14 Jahren zum ersten Mal. Die Primärprävention des Konsums illegaler Drogen sollte bereits deutlich vor diesem Alter einsetzen.
- Die von den Nichtkonsumenten, jedoch auch von den Konsumenten illegaler Drogen (wenn auch in geringerem Ausmaß) am häufigsten genannten Gründe gegen den Konsum illegaler Drogen waren die damit verbundenen gesundheitlichen Schäden und die Gefahr der Abhängigkeit. Die Sekundärprävention jugendlicher Konsumenten illegaler Drogen sollte das vorhandene Wissen um die Gesundheitsgefährdung und das Abhängigkeitspotential nutzen und Wege zum Aufhören zeigen.
- Mehr noch als bei Zigaretten und Alkohol bestand ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem eigenen Substanzkonsum und dem Substanzkonsum im Freundeskreis sowie dem empfundenen Druck durch Freunde oder Bekannte, illegale Drogen zu konsumieren. Standfestigkeitstraining gegen Gruppendruck und eine Förderung des Selbstwertgefühles sollten wesentliche Bestandteile der Präventionsarbeit sein.
- Die Eltern können auf verschiedene Weise den späteren Substanzkonsum ihrer Kinder beeinflussen: Einerseits über die Vorbildfunktion beim Substanzkonsum und andererseits über das Beziehungsgefüge in der Familie. Eine familienorientierte Suchtprävention sollte den Eltern ihre Vorbildfunktion vor Augen führen und Hilfestellungen bei der Erziehung geben.
- Lachnit und Kampe (1996) nannten als Risikofaktoren einer allgemeinen Suchtgefährdung unter anderem mangelnde Problemlösefähigkeiten und ein Konsum orientiertes Freizeitverhalten, dies korrelierte mit unseren Ergebnissen. Die Entwicklung adäquater Problemlösefähigkeiten und kreativer Freizeitbeschäftigungen sollten Ziele der Präventionsarbeit sein.

- Mit steigendem Gesundheitsbewusstsein der Schüler war eine Reduktion des Konsums illegaler Drogen zu verzeichnen. Inhalt der Präventionsarbeit sollte im individuellen Bereich die Förderung des Gesundheitsbewusstseins sein.

4.21.3 Wissen über Suchtmittel

Bei unserer Studie zeigte sich, dass die Gruppe der Abstinenten ihren Informationsstand über Suchtmittel signifikant geringer einschätzte als die Gesamtstichprobe und insbesondere als die Konsumenten von illegalen Drogen. Der Informationsstand über Suchtkrankenhilfe scheint in Regensburg innerhalb der letzten Jahre gestiegen zu sein, er wurde jedoch weiterhin mehrheitlich als „eher gering“ bezeichnet.

Als Informationsquellen über Suchtmittel wurden von den untersuchten 14- bis 17jährigen primär das Fernsehen und Radio, der Schulunterricht und gedruckte Medien genannt, mit einigem Abstand folgten die Eltern, die Clique und Mitschüler/innen. Interessant ist, dass in Regensburg 2006 gegenüber 2002 Zeitungen, Zeitschriften und Bücher von weniger Schülern genannt wurden, während dem erstmals mit aufgeführten Internet (vor allem für Jungen) eine zunehmend bedeutende Rolle als Wissensquelle zuzukommen scheint. Von den Konsumenten illegaler Drogen wurden signifikant häufiger die Clique, eigene Erfahrungen und Geschwister als Wissensquellen über Suchtmittel genannt, von den Nichtkonsumenten wurden signifikant häufiger elektronische und gedruckte Medien sowie der Schulunterricht genannt.

Allgemein vermutete Orte, an denen man illegale Drogen kaufen könnte, waren primär der Bahnhof, die Disco und Parks. Erwartungsgemäß beantworteten Konsumenten illegaler Drogen die Frage nach der Kenntnis von Orten des Erwerbs illegaler Drogen häufiger als Nichtkonsumenten. Sehr deutliche Unterschiede zeigten sich insbesondere bei der Wohnung von Bekannten und der Schule.

Die illegalen Drogen wurden von den Schülern sowohl beim Probierkonsum als auch beim regelmäßigen Konsum als am gefährlichsten angesehen. Alkohol und Zigaretten wurden als am wenigsten gefährlich angesehen und konnten am sichersten eingeschätzt werden, d. h. die Quote derer, die „weiß nicht“ angekreuzt haben, war am geringsten. Beruhigungsmittel, Anabolika, Antidepressiva, Neuroleptika, Mittel zum Abnehmen, Schmerzmitteln und andere vom Arzt nicht verordnete Medikamente konnten in ihrer Gefährlichkeit am schlechtesten eingeschätzt werden.

Folgerungen für die Suchtprävention bei Jugendlichen sind:

- Der Informationsbedarf über Suchtmittel ist bei den Abstinenteen höher als bei den Konsumenten illegaler Drogen.
- Der Informationsstand über Suchtkrankenhilfe wurde mehrheitlich als „eher gering“ bezeichnet, was auf einen großen Aufklärungsbedarf hinweist.
- Für die Gesamtstichprobe und insbesondere die Nichtkonsumenten illegaler Drogen haben elektronische bzw. gedruckte Medien und die Schule weiterhin einen hohen Stellenwert als Informationsquellen über psychogene Substanzen. Die Schule als eine Institution, an der alle Kinder und Jugendliche erreichbar sind, bietet sich somit als ein Ort an, an dem Suchtprävention effizient betrieben werden kann.
- Da dem Internet als Informationsquelle über Suchtmittel eine zunehmend bedeutende Rolle zuzukommen scheint, sollte es bei suchtpreventiven Maßnahmen vermehrt zur Anwendung kommen. Von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wurde beispielsweise 2001 die Internetplattform „Drugcom“ installiert, die vor allem von drogenerfahrenen Jugendlichen genutzt wird.
- Konsumenten illegaler Drogen scheinen für die Prävention über die Medien und die Schule nur schwer erreichbar zu sein. Die schulische und mediale Suchtprävention sollte deshalb noch vor dem Alter, in dem üblicherweise ein erster Konsum illegaler Drogen (zumeist Cannabis) stattfindet, einsetzen, also noch vor dem 14. Lebensjahr. In den von uns untersuchten 9. Klassen müssten die eigenen Vorerfahrungen bzw. die Hauptbezugsquellen des Wissens bei den Konsumenten illegaler Drogen unbedingt berücksichtigt werden, um diese erreichen zu können.
- Alkohol und Zigaretten wurden von den Schülern als am wenigsten gefährlich angesehen. Dies lag vermutlich an einer weitgehenden gesellschaftlichen Akzeptanz und Verharmlosung dieser Substanzen, die in krassem Gegensatz zu den durch sie verursachten Schäden steht. Es ist dringend indiziert, das gesellschaftliche Klima dahingehend zu beeinflussen, dass ein kritischerer Umgang mit Suchtmitteln und insbesondere mit Alkohol und Zigaretten entsteht.
- Beruhigungsmittel, Anabolika, Antidepressiva, Neuroleptika, Mittel zum Abnehmen, Schmerzmittel und andere vom Arzt nicht verordnete Medikamente konnten in ihrer Gefährlichkeit von den Schülern am schlechtesten eingeschätzt werden. Dies weist möglicherweise auf ein Informationsdefizit in Bezug auf diese Substanzen hin: Während Alkohol, Nikotin und illegale Drogen in den Medien häufig präsent sind, wird die Medikamentenabhängigkeit kaum thematisiert.

4.21.4 Geschlechtsspezifische und regionale Unterschiede

Der aktuelle Konsum von Wein oder Bier war bei den Jungen signifikant höher als bei den Mädchen. Muster eines riskanten Alkoholgebrauchs wie die Häufigkeit eines jemals erlebten Alkoholrausches, die „binge drinking“-Häufigkeiten von Bier und Schnaps sowie die Menge der am letzten Wochenende und während der letzten Woche konsumierten Alkoholika waren bei den Jungen stärker ausgeprägt als bei den Mädchen. Insgesamt betrieben Jungen häufiger mindestens einen Alkoholmissbrauch im Vergleich zu Mädchen und hatten mehr Freunde und Bekannte, die Bier, Wein und Schnaps konsumierten.

Als Gründe, die gegen den Konsum illegaler Drogen sprechen, wurden von den Jungen signifikant häufiger „Dass man mit dem Gesetz in Konflikt kommt“ und „Dass es die Eltern oder Lehrer merken“ genannt. Als Grund für Nichtraucher, nicht zu rauchen wurde den Jungen signifikant häufiger „Weil es die körperliche Leistungsfähigkeit verringert“ genannt.

Als Informationsquellen über Suchtmittel gaben die Jungen signifikant häufiger das Internet und eigene Erfahrungen an. Jungen schätzten ihren Informationsstand zu Hilfsangeboten bei Problemen mit Suchtmitteln geringer ein als Mädchen.

Jungen gaben als Lösungsstrategie bei Problemen signifikant häufiger an, sich zu betrinken.

Der Konsum von Schmerzmitteln war bei den Mädchen signifikant höher als bei den Jungen, auch hatten sie mehr Freunde und Bekannte, welche Schmerzmittel konsumierten. In Übereinstimmung mit anderen Studien (WHO Regional Office for Europe, 2004; StMUGV, 2005) rauchten mehr Mädchen als Jungen, auch waren sie häufiger von Nikotin abhängig.

Mädchen hatten mehr Angst vor der Abhängigkeit erzeugenden Wirkung illegaler Drogen. Als Grund für Nichtraucher, nicht zu rauchen wurde den Mädchen signifikant häufiger „Weil man dabei immer so stinkt“ genannt.

Als Wissensquellen über Suchtmittel gaben die Mädchen signifikant häufiger elektronische bzw. gedruckte Medien und die Clique an.

Mädchen schätzten im Vergleich zu den Jungen die Gefährlichkeit eines Probierkonsums von Haschisch bzw. Marihuana sowie eines regelmäßigen Konsums von allen aufgeführten Substanzen signifikant häufiger als groß ein.

Die Mädchen berichteten signifikant häufiger als die Jungen darüber, dass sie bei Problemen mit anderen darüber reden oder sich sonst irgendwie Luft machen.

Der aktuelle Nikotinkonsum und der Anteil der täglichen Raucher waren auf dem Land signifikant höher als in der Stadt. Schüler auf dem Land betrieben signifikant häufiger binge

drinking mit Bier, Schnaps und alkoholischen Mischgetränken als Schüler in der Stadt und auch die Menge der am letzten Wochenende und während der letzten Woche konsumierten Substanzen war auf dem Land in Bezug auf Zigaretten und Schnaps signifikant erhöht. Zigaretten wurden von den Eltern auf dem Land häufiger konsumiert als in der Stadt.

Als Folge eines Konsums illegaler Drogen wurden von den Schülern in der Stadt signifikant häufiger gesundheitliche Schäden befürchtet. Als Gründe für das Rauchen bei Rauchern wurden im Umland signifikant häufiger „Weil es mich beruhigt“ und „Weil es mir schmeckt“ genannt. Als Gründe für das Rauchen trotz des damit verbundenen Gesundheitsrisikos wurden im Landkreis signifikant häufiger „Ich nehme das Risiko auf mich“, „Ich kann mit dem Rauchen nicht aufhören“ und „Ich bin gesund genug, um das aushalten zu können“ genannt. Als Gründe für Nichtraucher, nicht zu rauchen, wurde auf dem Land signifikant seltener „Weil es die körperliche Leistungsfähigkeit verringert“ genannt.

Die Unsicherheit (Antwort „Weiß nicht“) bezüglich der Gefahren eines Probierkonsums von Cannabis war auf dem Land signifikant höher als in der Stadt.

Folgerungen für die Suchtprävention bei Jugendlichen sind:

- Ein vermehrter Alkoholkonsum (insbesondere Bier) und häufiges Betrunkensein treten noch immer häufiger bei den Jungen auf.
- Bei der Sekundärprävention sollte berücksichtigt werden, dass Jungen ihren Informationsstand in Bezug auf die Suchtkrankenhilfe geringer einschätzten als Mädchen, was hier auf einen besonderen Aufklärungsbedarf hinweist. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass insbesondere Jungen zunehmend auch das Internet als Informationsquellen über Suchtmittel gebrauchten.
- In Übereinstimmung mit anderen Studien rauchten Mädchen mehr als Jungen und waren auch häufiger von Nikotin abhängig. Mädchen stellen bei der Prävention des Rauchens eine besondere Zielgruppe dar, da bei ihnen geschlechtsspezifische Risiken vorliegen (z. B. Thrombembolierisiko in Verbindung mit oralen Kontrazeptiva, fötales Risiko bei Schwangerschaft).
- Ein vermehrter Zigarettenkonsum und Muster eines riskanten Alkoholkonsums wurden auf dem Land vermehrt beobachtet, der Suchtprävention in dieser Region sollte demnach eine besondere Bedeutung zukommen.
- Die Unsicherheit bezüglich der Gefahren eines Probierkonsums von Cannabis war auf dem Land (insbesondere bei Jungen) signifikant höher als in der Stadt, was hier auf einen besonderen Aufklärungsbedarf hinweist.

4.21.5 Folgerungen für die Planung suchtpreventiver Maßnahmen

Die Suchtprevention umfasst kommunikative Maßnahmen, die die Nachfrage reduzieren und strukturelle Maßnahmen, die das Angebot kontrollieren sollen.

Die Konzepte primärpräventiver kommunikativer Maßnahmen bei Jugendlichen basieren auf multimodalen Ansätzen. Sie finden in der Schule, in der Familie, in der Gemeinde und auf medialer Ebene statt. Interaktive, auf dem Modell des sozialen Einflusses oder der Lebenskompetenz aufbauende Programme zeigten dabei stärkere Effekte als Interventionen am Individuum (Bühler und Kröger, 2006). Es wird zwischen Aufklärungsmaßnahmen und psychosozialen Interventionen unterschieden:

Aufklärungsmaßnahmen sollen das Wissen über die Schädlichkeit von Drogen bei Jugendlichen verbessern, um das Risiko einer Suchterkrankung zu verringern. Im „Aktionsplan Drogen und Sucht“ berichtet die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2003) über die Aktion „Bist Du stärker als Alkohol?“ der BZgA, bei der seit dem Jahr 2001 Jugendliche während ihrer Urlaubsreise und bei ihren Freizeitaktivitäten über Wirkung und Gefahren von Alkohol informiert werden. Das Präventionsprojekt benutzt den so genannten „Peer Education“ Ansatz, das bedeutet, dass geschulte Jugendliche andere Jugendliche ansprechen mit dem Ziel, Wissen über Alkohol und seine Wirkung zu vermitteln und sie darüber hinaus anzuregen, sich mit ihrem eigenen Alkoholkonsum kritisch auseinander zu setzen. Nicht der völlige Verzicht von Alkohol im Sinne einer Anti-Alkohol-Kampagne steht dabei im Vordergrund, sondern die Entwicklung einer kritischen Einstellung und ein verantwortungsvoller Umgang mit diesem Suchtmittel. Eine weitere Aufklärungsmaßnahme ist die bereits erwähnte Internetplattform „Drugcom“ der BZgA, die auch im Rahmen der Sekundärprävention bei Drogen konsumierenden Jugendlichen Verwendung findet.

Psychosoziale Interventionen sollen die psychologischen und sozialen Kompetenzen Jugendlicher verbessern. Sie zielen in der Regel nicht auf bestimmte Suchtmittel ab, sondern versuchen das Selbstvertrauen von Jugendlichen, ihr Selbstwertgefühl und ihre Konflikt- bzw. Kommunikationsfähigkeit zu fördern. Sie sollen dazu befähigen, bei Problemen nicht auf Suchtmittel zurückzugreifen. Als Beispiel einer psychosozialen Intervention führt die BZgA seit den 90er Jahren in Zusammenarbeit mit den deutschen Sportverbänden die Kampagne „Kinder stark machen“ durch. Hawks et al. (2002) wies darauf hin, dass ergänzende Konzepte zur Verbesserung der Gesundheits-/Lebenskompetenz größere Veränderungen herbeiführen als reine aufklärungs- oder kompetenzorientierte Programme, und präventive Maßnahmen demzufolge möglichst in eine fundierte Gesundheitserziehung eingebettet sein sollten.

Eine gesetzliche Reglementierung der Verfügbarkeit von Drogen scheint effektiv zu sein.

Die Erhöhung des Preises einer Substanz und /oder der gesetzlichen Altersgrenze für ihren Konsum hat nachgewiesenermaßen eine positive Wirkung auf die Eindämmung des Konsums, sie steht jedoch nur im Falle legaler Substanzen wie Alkohol oder Nikotin zur Verfügung (Bühler und Kröger, 2006).

Eine in den meisten Ländern eingeführte Präventionsstrategie ist die Festlegung einer gesetzlichen Altersbeschränkung zum Erwerb von Alkohol. Dieses Mindestalter variiert länderspezifisch von 15 bis 21 Jahren, nur in wenigen westlichen Industrieländern existiert kein gesetzliches Mindestalter für den Erwerb von alkoholischen Getränken, zum Beispiel in Griechenland und Portugal. Manche Länder, unter anderem Deutschland, differenzieren ihre Altersbeschränkung zusätzlich noch zwischen Bier/Wein (ab 16 Jahren) und Spirituosen (ab 18 Jahren), da Spirituosen aufgrund ihres höheren Alkoholgehalts als eine größere Gefahr für Jugendliche angesehen werden. Die Daten der US-amerikanischen „Monitoring the Future“-Studie von 2006 lassen erkennen, dass restriktive gesetzliche Maßnahmen bezüglich Alkohol durchaus eine Auswirkung auf Konsummuster Jugendlicher haben können: Im internationalen Vergleich mit Ländern der ESPAD-Studie wiesen die USA bei den 15- bis 16jährigen jeweils die niedrigsten Prävalenzen auf.

Eine weitere gesetzliche Präventionsstrategie ist die künstliche Verteuerung von Suchtmitteln durch spezielle Steuern: Obwohl eine solche prinzipiell jeden Konsumenten betrifft, reduziert sie zumindest in Bezug auf Alkohol besonders den Konsum durch Jugendliche (Godfrey 1997). Jugendliche haben ein niedrigeres verfügbares Einkommen und reagieren daher stärker auf derartige Besteuerungsmaßnahmen. Eine höhere Steuer bewirkt dabei eine Abnahme der konsumierten Menge und der Häufigkeit des Alkoholkonsums bei Jugendlichen (Komro & Toomey, 2002). Als Beispiel ist in diesem Zusammenhang die sog. Alkopopsteuer zu nennen, welche nachweislich zu einem Rückgang des Konsums spirituosenhaltiger Alkopops geführt hat (BZgA, 2005). In Bezug auf das Zigarettenrauchen stellte bei unserer Untersuchung der Preis nach dem gesundheitlichen Argument das zweitwichtigste Motiv gegen den Konsum dar. Hopkins et al. (2001) berichtete über eine starke Evidenz für die Effektivität höherer Tabakpreise in Hinblick auf eine Reduktion des Tabakkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Bei repräsentativen Befragungen nach den jeweiligen Erhöhungen der Tabaksteuer in Deutschland in den Jahren 2002, 2003 und 2004 (insgesamt vier Mal) gaben 4,7%, 4%, 7,9% und 7,5% der Befragten an, das Rauchen aufgrund der Tabaksteuererhöhung eingestellt zu haben (Hanewinkel & Isensee, 2005).

Dies korreliert mit den Daten der Untersuchung zur „Entwicklung des Rauchverhaltens von Jugendlichen“ der BZgA von 2005: Bundesweit kam es seit der Drogenaffinitätsstudie 2001 demnach zu einem Rückgang des Anteils der „ständigen“ und „gelegentlichen“ Raucher. Auch in Regensburg kam es seit 1999 zu einem Rückgang aller Formen des Nikotinkonsums, dies unterstreicht die Wirksamkeit struktureller suchtpreventiver Maßnahmen.

In der Familie macht das Kind seine ersten grundlegenden und prägenden Erfahrungen. Hier wird die Basis für seine spätere Entwicklung gelegt und hier macht es Erfahrungen damit, wie Erwachsene mit Sucht- und Genussmitteln umgehen. Neben Basisinformationen über Sucht und Substanzen, wie sie zahlreiche Handbücher oder Broschüren vermitteln, sollte die familienorientierte Suchtprevention eine Sensibilisierung der Eltern für familiäre Schutz- und Risikofaktoren beinhalten und Unterstützung bei der Erziehung geben.

Im sozialräumlichen Setting von Kindergärten machen Kinder die ersten Erfahrungen sozialen Lernens und des Umgangs mit Gruppendruck, hier erlernen sie die Grundfertigkeiten für ein gesundheitsbewusstes Verhalten. Im öffentlichen Raum sollte die Suchtprevention demnach bereits im Kindergarten durch Förderung von Kreativität und sozialen Kompetenzen etabliert werden. Das in deutschen Kindergärten am häufigsten durchgeführte Programm, welches diesen Ansatz verfolgt ist der „Spielzeugfreie Kindergarten“ (Aktion Jugendschutz, 1999). Ein neues Konzept ist „Papilio“, das vor allem in Bayern, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen durchgeführt wird (Beta Institut, 2005). Papilio bezweckt, in der kindlichen Entwicklung primärpräventiv Risikofaktoren entgegen zu wirken und Schutz- sowie Resilienzfaktoren zu fördern. Erzieher und Erzieherinnen sind die zentralen Multiplikatoren des Programms: Sie bilden sich selbst fort, sie führen die Papilio-Maßnahmen mit den Kindern durch und beziehen die Eltern mit ein.

Später bietet sich die Schule als eine Institution, an der alle Kinder und Jugendlichen erreichbar sind, als ein Ort an, an der Suchtprevention besonders effizient betrieben werden kann. Zu fordern ist eine in den Unterricht integrierte Prävention bereits in der Grundschule, die deutlich vor dem Alter des ersten Probierkonsums von Zigaretten und Alkohol beginnen und sowohl Aufklärungsmaßnahmen als auch psychosoziale Interventionen beinhalten soll. Im Rahmen der Aufklärungsmaßnahmen sollten substanzspezifische Inhalte thematisiert werden, es sollte das vorhandene Wissen der Schüler um Gesundheitsgefährdung und Abhängigkeitspotential aufgegriffen und vertieft werden. Neben Alkohol, Nikotin und illegalen Drogen sollte vermehrt auch die Medikamentenabhängigkeit thematisiert werden, da hier vermutlich ein Informationsdefizit besteht. Im Rahmen des psychosozialen Konzeptes

sollten das Gesundheitsbewusstsein und das Interesse an körperlicher Leistungsfähigkeit gefördert sowie adäquate Problemlösemöglichkeiten und kreative Freizeitbeschäftigungen entwickelt werden. Ein Beispiel für ein solches Modell ist Projekt „Klasse2000“, das eine von der 1. bis zur 4. Grundschulklasse durchgängig in den Unterricht integrierte Suchtprävention nach dem Life-Skills-Ansatz bietet (Verein Programm Klasse2000 e. V.).

Von großer Bedeutung sind zudem zielgruppenspezifische Maßnahmen: Insbesondere sollten bei der Suchtprävention auch regionale und geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigt werden. Blake et al. (2001) berichtete im Übrigen von einem Übergewicht an Studien, die einen größeren Erfolg geschlechtsspezifischer suchtpreventiver Programme bei Mädchen verzeichneten.

Die zunehmende Wahrnehmung des ADHS als Risikofaktor für die Entwicklung eines SUD bei jungen Individuen hat in mehreren europäischen Ländern dazu geführt, dass vermehrt Anstrengungen unternommen werden, die Früherkennung von ADHS-Symptomen zu verbessern um somit eine möglichst schnelle und adäquate Behandlung zu ermöglichen. In den Niederlanden wurden beispielsweise ein evidenzbasierter multidisziplinärer Leitfaden zur Diagnostik und Therapie des ADHS und eine Screeningmethode für ADHS-Symptome bei Drogenpatienten entwickelt (EBDD, 2007). Neben öffentlichen Kampagnen sollte im Rahmen der Primärprävention die Sensitivität und das Bewusstsein der Eltern auch für ADHS typische Symptome geschärft werden (Fisher et al., 2006). Außerdem, so berichtete auch Niemelä et al. (2006) kommt dem Erziehungssystem eine gewichtige Rolle dabei zu, Risiko behaftete Kinder zu erkennen.

5 Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurde der Gebrauch psychotroper Substanzen durch Schüler der 9. Klassen in Stadt und Landkreis Regensburg mittels einer repräsentativen Befragung erfasst. 1999 und 2002 waren bereits ähnliche Befragungen erfolgt. Insgesamt konnten die Daten von 1942 Schülern in die Auswertung mit einbezogen werden, hierbei handelte es sich um 1058 Schüler aus der Stadt und 884 Schüler aus dem Landkreis Regensburg. Der Altersdurchschnitt betrug 15,23 Jahre.

Mittels eines anonymen Fragebogens wurden die Konsumhäufigkeiten von Alkohol, Nikotin, legalen und illegalen Drogen sowie die konsumierten Mengen der einzelnen Substanzen erfasst, es folgten Fragen zum Konsumverhalten von Eltern und Freunden, zum Wissen über Suchtmittel, zu Hilfsmöglichkeiten bei Problemen mit Suchtmitteln und Orte der Drogenszene sowie zur Einschätzung der Gefährlichkeit von psychotropen Substanzen. Die Studie beinhaltete Items zu Konsummotiven in Bezug auf das Zigarettenrauchen und den Konsum illegaler Drogen, zur Provierbereitschaft gegenüber illegalen Drogen und zur Verfügbarkeit illegaler Drogen. Weitere Themengebiete waren die Erfassung von Abhängigkeitskriterien, das Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS), das Gesundheitsbewusstsein, Problemlösungsstrategien und das Freizeitverhalten.

5.1 Ausgewählte Ergebnisse

Alkohol wurde von den untersuchten 14- bis 17jährigen Schülern durchschnittlich noch vor dem 13. Lebensjahr zum ersten Mal konsumiert. Insgesamt haben fast alle Schüler (94,8%) schon mindestens einmal Alkohol probiert. Mehr als drei Viertel (79,2%) der Jugendlichen in Stadt und Landkreis Regensburg waren aktuelle Alkoholkonsumenten, somit war Alkohol hier mit großem Abstand die am weitesten verbreitete psychoaktive Substanz. 15,3% der Schüler zeigten nach DSM-IV Kriterien Symptome einer Alkoholabhängigkeit/-missbrauchs. Zigaretten wurden von den untersuchten Schülern durchschnittlich mit 12,25 Jahren zum ersten Mal geraucht, somit war Nikotin noch vor Alkohol die erste häufig konsumierte psychotrope Substanz, mit der Jugendliche in Kontakt kamen. Etwa drei Viertel (75,6%) der Schüler haben schon mindestens einmal Zigaretten probiert. Knapp die Hälfte (45,5%) der Schüler waren aktuelle Raucher, 23% gaben an, täglich zu rauchen und 16,6% konnten nach DSM-IV Kriterien als nikotinabhängig bezeichnet werden.

Knapp ein Viertel (21,4%) der untersuchten Jugendlichen haben in ihrem Leben mindestens einmal illegale Drogen konsumiert, wobei Cannabis mit einer Lebenszeit-Prävalenz von 21% sehr deutlich herausragte. Dies spiegelte sich im aktuellen Konsum wieder: Die 30-Tage-Prävalenz von illegalen Drogen betrug 12,1%, hierbei fiel der größte Teil mit 11,4% auf Haschisch bzw. Marihuana. Aus Sicht der Schüler war Cannabis von den illegalen Drogen eindeutig am leichtesten zu beschaffen, auch zeigte sich bei Cannabis eine geringere Ablehnungs- und eine höhere Probierbereitschaft als bei den anderen illegalen Drogen.

Es zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen dem eigenen Substanzkonsum und dem Konsumverhalten von Eltern und Freunden oder Bekannten, je stärker allerdings das Gesundheitsbewusstsein der Schüler war, desto häufiger war ein abstinentes Verhalten, dies galt sowohl für das Rauchen, als auch für den Konsum von Alkohol und illegalen Drogen.

Für Raucher schien das Rauchen insbesondere mit zwei emotionalen Grundstimmungen assoziiert zu sein: Zum einen mit dem Gruppenerlebnis, zum anderen mit dem Gefühl von Ruhe und Wohlbefinden, wobei die individuellen Motive häufiger angegeben wurden - dies wiederum wies darauf hin, dass viele Raucher in Regensburg bereits auf der Stufe des gewohnheitsmäßigen Rauchens angekommen waren.

Für Drogenerfahrene spielte vor allem die geselligkeitsfördernde Wirkung illegaler Drogen eine größere Rolle als für Drogenunerfahrene. Das Wissen um die Gefahren illegaler Drogen war auch bei ihnen vorhanden, aber es stellte im Vergleich zu den Drogenunerfahrenen eine geringere „Abschreckung“ dar - für diese wiederum hatte das finanzielle Argument eine weitaus größere Bedeutung.

Konsumenten illegaler Drogen schätzten ihren Informationsstand über Suchtmittel signifikant höher ein als die Nichtkonsumenten illegaler Drogen. Von ihnen wurden häufiger Clique, eigene Erfahrungen und Geschwister als Informationsquellen über Suchtmittel genannt, von den Nichtkonsumenten wurden häufiger elektronische und gedruckte Medien sowie der Schulunterricht genannt. Der Informationsstand über Suchtkrankenhilfe wurde mehrheitlich als „eher gering“ bezeichnet.

Allgemein vermutete Orte, an denen man illegale Drogen kaufen könnte, waren primär der Bahnhof, die Disco und Parks. Von den Konsumenten illegaler Drogen wurden insbesondere die Wohnung von Bekannten und die Schule häufiger genannt als von den Nichtkonsumenten. Die illegalen Drogen wurden von den Schülern sowohl beim Probierkonsum als auch beim regelmäßigen Konsum als am gefährlichsten angesehen. Alkohol und Zigaretten wurden als am wenigsten gefährlich angesehen und konnten am sichersten beurteilt werden, Medikamente konnten in ihrer Gefährlichkeit am schlechtesten eingeschätzt werden.

Die Prävalenz jeder Form des Substanzgebrauchs, des -missbrauchs und einer Abhängigkeit war bei Schülern, welche ADHS-typische Symptome angegeben hatten, signifikant höher als bei deren Vergleichsgruppe. Es zeigte sich also, dass bei Jugendlichen die Anwesenheit von ADHS-typischen Symptomen einen signifikanten Einfluss auf deren Substanzgebrauch haben kann. Das ADHS schien überdies mit einem unbefriedigenden Freundeskreis, ineffizienten oder unreifen Problembewältigungsstrategien und mangelnden sozialen Fertigkeiten assoziiert zu sein. Die Tatsache, dass Schüler mit ADHS-typischen Symptomen vermehrt berichteten, dass das Rauchen sie beruhigt oder ihre Stimmung hebt und dass der Konsum illegaler Drogen aus ihrer Sicht zur Entspannung führt und die Leistungsfähigkeit verbessert, lässt ihren erhöhten Substanzkonsum als eine Form der Selbstmedikation erscheinen.

Aus den Ergebnissen der Befragung wurden durch Anwendung einer multiplen logistischen Regression Einflussfaktoren auf den Konsum illegaler Drogen im letzten Monat berechnet. Höchstsignifikant positive Einflussfaktoren waren der Cannabiskonsum im Freundeskreis, der Druck zum Konsum von Cannabis durch Freunde oder Bekannte sowie der eigene Konsum von Zigaretten und Beruhigungsmitteln im letzten Monat.

5.2 Vergleich mit anderen Erhebungen

Im Vergleich mit den Befragungen von 1999 und 2002 ist die Lebenszeitprävalenz von Alkohol in Regensburg seit 1999 kontinuierlich angestiegen. Der 2002 wahrgenommene Anstieg der Lebenszeitprävalenz von Schnaps hat sich bis 2006 nicht fortgesetzt, es zeigten sich aber ein kontinuierlicher Anstieg des aktuellen Konsums von Schnaps seit 1999 und ein leichter Anstieg des aktuellen Konsums von Wein oder Bier gegenüber 2002. Der Anteil der Schüler mit Symptomen einer Alkoholabhängigkeit bzw. eines -missbrauchs hat gegenüber 2002 deutlich zugenommen. Im Vergleich zur Voruntersuchung von 2002 zeigte sich bei den Jungen ein geringfügiger Anstieg der Häufigkeit eines „binge drinking“ um weniger als 5%, bei den Mädchen, von denen Alkopops bevorzugt wurden, hingegen um fast 10%.

Seit 1999 kam es in Regensburg zu einem Rückgang aller Formen des Nikotinkonsums, gegenüber 2002 ist der Anteil der nikotinabhängigen Jugendlichen dennoch gestiegen.

Es zeigten sich ein deutlicher Rückgang aller Formen des Cannabiskonsums sowie der Lebenszeit- und Jahresprävalenzen von Ecstasy und Speed bei einer Zunahme aller Formen des Anabolikakonsums und des aktuellen Konsums von Ecstasy und Heroin seit 1999.

Das Durchschnittsalter bei Erstkonsum von Speed, Ecstasy, Beruhigungsmitteln und Anabolika lag unter den Werten von 2002, auch bei Cannabis, Schnüffelfstoffen und Mitteln

zum Abnehmen scheint sich der Trend seit 1999 zu einem früheren Probierkonsum hin zu bewegen. Entsprechend war bei den 14jährigen der Anteil der Abstinenten geringer und der Anteil der Konsumenten illegaler Drogen höher als bei den Erhebungen von 1999 und 2002, bei den 17jährigen verhielt es sich jedoch umgekehrt.

„Harte Drogen“ (Heroin, Kokain, LSD, Ecstasy) wurden im Vergleich zu 2002 in ihrer Gefährlichkeit als geringer eingeschätzt, während das häufiger konsumierte Cannabis sowie Alkohol, Zigaretten und sonstige legale Drogen vermehrt als gefährlich beurteilt wurden. Die Bereitschaft zum Konsum von illegalen Drogen ist gegenüber 2002 leicht gesunken.

Als Informationsquellen über Suchtmittel wurden Zeitungen, Zeitschriften und Bücher von weniger Schülern genannt, während dem Internet eine zunehmende Rolle als Wissensquelle zuzukommen scheint. Der Informationsstand über Hilfsmöglichkeiten bei Problemen mit Suchtmitteln scheint innerhalb der letzten Jahre angestiegen zu sein.

Beim Vergleich mit anderen regionalen, nationalen und internationalen Studien zeigten sich insbesondere Auffälligkeiten im Konsumverhalten: In Übereinstimmung mit der nationalen BZgA-Studie von 2004 ist der Alkoholkonsum auch in Regensburg seit 1999 kontinuierlich angestiegen und es zeigten sich häufiger eine Alkoholabhängigkeit bzw. ein -missbrauch, dies war vermutlich auf die Einführung von fertig abgefüllten Mixgetränken in Flaschen (Alkopops) zurückzuführen, auch wenn deren Sonderbesteuerung (seit Juli 2004) der Studie zur „Entwicklung des Alkoholkonsums“ der BZgA (2005) zufolge bundesweit zu einem Rückgang ihres Konsums geführt hat. Im nationalen Vergleich waren alle Formen des Alkoholkonsums zum Teil massiv erhöht. Im europäischen Vergleich (ESPAD, 2003) lag der Alkoholkonsum in Regensburg im vorderen Bereich, auch lag er deutlich über den Werten der „Monitoring the Future“-Studie aus den USA von 2006.

In Übereinstimmung mit der Untersuchung zur „Entwicklung des Rauchverhaltens“ der BZgA (2005) ist der Nikotinkonsum in Regensburg seit 1999 kontinuierlich zurückgegangen, was vermutlich auch auf die von der Bundesregierung initiierten Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens bei Jugendlichen und insbesondere die massive Erhöhung der Tabaksteuer zurückzuführen war. Der aktuelle Nikotinkonsum lag jedoch weiterhin höher als in Bayern (StMUGV, 2005) und in Deutschland (BZgA, 2004). Der tägliche Nikotinkonsum lag auf nationalem Niveau, die Jahres- und Lebenszeitprävalenzen von Nikotin lagen trotz einer geringeren Altersstruktur deutlich darüber. Im europäischen Vergleich (ESPAD, 2003) lagen alle Prävalenzen des Nikotinkonsums in Regensburg im vordersten Bereich, auch lagen sie deutlich über den Werten aus den USA („Monitoring the Future“, 2006).

Im Gegensatz zur Entwicklung in Bayern (StMUGV, 2005) kam es in Regensburg zumindest seit 1999 zu einem kontinuierlichen Rückgang des Konsums von Haschisch bzw. Marihuana. Im regionalen Vergleich waren der aktuelle Konsum und die Lebenszeitprävalenz illegaler Drogen in Regensburg etwas geringer, letztere war jedoch höher als bei der bundesweiten BZgA-Studie von 2004. Im europäischen Vergleich (ESPAD, 2003) lagen alle Prävalenzen des Konsums von Cannabis in Regensburg im mittleren Bereich, sie lagen jedoch deutlich unter den Werten aus den USA („Monitoring the Future“, 2006).

Die Muster eines riskanten Alkoholgebrauchs wie die Alkoholrausch-Häufigkeit, die „binge drinking“-Häufigkeit und die durchschnittlich pro Woche konsumierte Alkoholmenge waren ausgeprägter als bei den bundesweiten Studien der BZgA von 2004 und 2005, wobei hier die höhere Altersstruktur und zum Teil auch eine unterschiedliche Untersuchungsmethodik zu berücksichtigen sind. Die Häufigkeit eines jemals erlebten Alkoholrausches lag im Vergleich mit größeren europäischen Ländern (ESPAD, 2003) hinter dem deutschen Wert im Mittelfeld, sie lag jedoch deutlich über dem Wert der „Monitoring the Future“-Studie aus den USA. Die Prävalenz des „binge drinking“ im letzten Monat war bei 15- bis 16jährigen in Regensburg in Relation zu größeren europäischen Ländern (ESPAD, 2003) mit Abstand am größten.

Die empfundene Verfügbarkeit von Cannabis war geringer als bei der BZgA-Studie von 2004 und wesentlich geringer als bei „Monitoring the Future“-Studie aus den USA von 2006, im europäischen Vergleich (ESPAD, 2003) lag sie im mittleren Bereich.

Die Gefährlichkeit eines Konsums illegaler Drogen wurde im Vergleich mit europäischen (ESPAD, 2003) und US-amerikanischen Daten („Monitoring the Future“, 2006) häufiger als „groß“ eingeschätzt, ausgeprägt waren die Unterschiede insbesondere beim Probierkonsum.

5.3 Folgerungen für die Planung suchtpreventiver Maßnahmen

Die Wissensdefizite bezüglich der Gefährlichkeit von psychotropen Substanzen (insbesondere in Bezug auf Alkohol und Nikotin), der geringe Informationsstand über Suchtmittel und Suchtkrankenhilfe und die im Vergleich zu anderen Studien hohen Konsumraten insbesondere von Zigaretten und Alkohol machen die Notwendigkeit einer Intensivierung regionaler suchtpreventiver Maßnahmen deutlich. Es empfiehlt sich hierbei, primär auf Zigaretten und Alkohol abzielen, denn ein verhinderter oder ein verzögerter Einstieg in deren Konsum bedeutet eine Verringerung des gesundheitsgefährdenden Potentials des Rauchens und Alkoholtrinkens und ein reduziertes Risiko für den Konsum illegaler Drogen.

Die Ergebnisse der US-amerikanischen „Monitoring the Future“-Studie von 2006 zeigen auf, dass restriktive gesetzliche Maßnahmen eine Auswirkung auf Konsummuster Jugendlicher haben können. Auch das Alkopopsteuergesetz, welches nachweislich zu einem Rückgang des Konsums der besteuerten spirituosenhaltigen Alkopops geführt hat (BZgA, 2005) unterstreicht die potentielle Wirksamkeit struktureller Präventionsmaßnahmen.

Im Rahmen der kommunikativen Prävention sollten familienorientierte Konzepte die Eltern für familiäre Schutz- und Risikofaktoren sensibilisieren und bei der Erziehung unterstützen. Im öffentlichen Raum sollte die Suchtprävention bereits im Kindergarten durch Förderung von Kreativität, sozialen Kompetenzen und Frustrationstoleranz etabliert werden. Später empfiehlt sich eine in den Unterricht integrierte Prävention bereits in der Grundschule, die deutlich vor dem Alter des ersten Probierkonsums von Zigaretten und Alkohol beginnen und sowohl Aufklärungsmaßnahmen als auch psychosoziale Interventionen beinhalten sollte. Im Rahmen der Aufklärung sollten substanzspezifische Inhalte thematisiert werden, es sollte das vorhandene Wissen der Schüler um Gesundheitsgefährdung und Abhängigkeitspotential aufgegriffen und vertieft werden. Neben Alkohol, Nikotin und illegalen Drogen sollte vermehrt auch die Medikamentenabhängigkeit thematisiert werden, da hier vermutlich ein Informationsdefizit besteht. Im Rahmen der psychosozialen Intervention sollten das Gesundheitsbewusstsein und das Interesse an körperlicher Leistungsfähigkeit gefördert sowie adäquate Problemlösemöglichkeiten und kreative Freizeitbeschäftigungen entwickelt werden. Widerstandstraining gegen Gruppendruck und Arbeit am Selbstwertgefühl sollten wesentliche Bestandteile der Präventionsarbeit sein.

Bei der Planung suchtpreventiver Maßnahmen sollten geschlechtsspezifische und regionale Aspekte berücksichtigt werden. Eine Präventionsstrategie, die berücksichtigt, dass ADHS-typische Symptome bei Jugendlichen auf ein erhöhtes SUD Risiko hindeuten könnten, scheint hilfreich dabei zu sein, ein Abgleiten betroffener Individuen in die Substanzabhängigkeit zu verhindern.

Es ist zu hoffen, dass die Regensburger Studie nach Rückmeldung der erhobenen Daten insbesondere an den beteiligten Schulen eine Auseinandersetzung mit dem Thema bewirkt und dadurch selbst zur Suchtprävention beiträgt.

6 Literaturverzeichnis

Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern e. V. (Hrsg.):
 Projektdokumentation „Spielzeugfreier Kindergarten“
 München, 1999

Bachman J.:
 Explaining recent increases in students' marijuana use:
 Impact of perceived risks and disapproval, 1976 through 1996
 American Journal of Public Health 88 (6) (1998), 887–892

Baumann KE., Ennett ST.:
 On the importance of peer influence for adolescent drug use: commonly neglected
 considerations
 Addiction 91 (1996), 185–198

Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz:
 Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern 2005:
 Die Ergebnisse der aktuellen repräsentativen bayerischen Gesundheitsstudie
 München, StMUGV (2006)

Beta Institut für angewandtes Gesundheitsmanagement:
 Papilio: Ein Programm für Kindergärten zur Vorbeugung gegen die Entwicklung von Sucht
 und Gewalt
 Augburg, Beta Institut (2005)

Biederman, J.; Monuteaux, M.; Mick, E.; Wilens, TE.; Fontanella, J.; Poetzel K. et al.:
 Is cigarette smoking a gateway to alcohol and illicit drug use disorders?
 A study of youths with and without attention deficit hyperactivity disorder
 Biological Psychiatry 59 (2006), 258-264

Blake, S. M.; Amaro, H.; Schwartz, P. M.; Flinchbaugh, L. J.:
 A review of substance abuse prevention interventions for young adolescent girls
 Journal of Early Adolescence 21 (3) (2001), 294-324

Botvin GJ.:
 Preventing drug abuse in schools:
 Social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors
 Addictive Behaviours 25 (6) (2000), 887–897

Bühler, A.; Kröger, C.:
 Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs
 (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 29)
 Köln, BZgA (2006)

Bundeskriminalamt
 Falldatei Rauschgift 2006
 Wiesbaden, BKA (2007)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung:
Bist Du stärker als Alkohol?
URL: <http://www.bist-du-staerker-als-alkohol.de> [13.03.2008]

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung:
Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 1997
Wiederholungsbefragung
Köln, BZgA (1997)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung:
Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001
Wiederholungsbefragung
Köln, BZgA (2001)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung:
Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004
Wiederholungsbefragung
Köln, BZgA (2004)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung:
Drugcom: Alles über Drogen
URL: <http://www.drugcom.de> [3.03.2008]

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung:
Entwicklung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen unter besonderer Berücksichtigung der
Konsumgewohnheiten von Alkopops
Kurzbericht
Köln, BZgA (2005)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung:
Kinder stark machen
URL: <http://www.kinderstarkmachen.de> [13.03.2008]

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung:
Neue Ergebnisse zur Entwicklung des Rauchverhaltens von Jugendlichen
Kurzbericht
Köln, BZgA (2005)

Carlsson, S.; Hammar, N.; Hakala, P.; Kaprio, J.; Marniemi, J.; Rönnekaa, T.:
Assessment of alcohol consumption by mailed questionnaire in epidemiological studies:
Evaluation of misclassification using a dietary history interview and biochemical markers
European Journal of Epidemiology 18 (6) (2003), 493-501

Chou, S.; Pickering, R.:
Early onset of drinking as a risk factor for lifetime alcohol-related problems
British Journal of Addictions 87 (1992), 1199-1204

Clark, D. B.; Cornelius, J. R.; Kirisci, L.; Tarter, R. E.:
Childhood risk categories for adolescent substance involvement:
A general liability typology
Drug and Alcohol Dependence 77 (2005), 13-21

Clure, C.; Brady, K.T.; Saladin, M.E.; Johnson, D.; Waid, R.; Rittenbury, M.:
Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use: Symptom pattern and drug choice
American Journal of Drug and Alcohol Abuse 25 (1999), 441-448

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.):
Möglichkeiten und Defizite in der Erreichbarkeit ausgewählter Zielgruppen (sozial benachteiligte Frauen und ältere Menschen) durch Maßnahmen und Materialien zur Reduzierung von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit:
Bewertung anhand aktueller Forschungsergebnisse und Beispielen aus der Praxis
Dipl.-Psych. Karin Mohn, unter Mitarbeit von Dipl.-Pflegerwiss. Cornelia Plenter
Hamm, DHS (2006)

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.):
Aktionsplan Drogen und Sucht
Berlin, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003)

Ellickson, P. L.; Hays, R. D.; Bell, R. M.:
Stepping through the drug use sequence:
Longitudinal scalogram analysis of initiation and regular use
Journal of Abnormal Psychology 101 (1992), 441-451

Ellickson, P. L.; Morton, S. C.:
Identifying adolescents at risk for hard drug use: Racial/ethnic variations
Journal of Adolescent Health 25 (1999), 382-395

Engels R.et al.:
Antecedents of smoking cessation among adolescents: Who is motivated to change?
Preventive Medicine 27 (3) (1998), 348–357

Europäische Beratungsstelle für Drogen und Drogensucht:
Drug Use and Related Problems among Very Young People (Under 15 Years Old)
Luxemburg, EBDD (2007)

Europäische Beratungsstelle für Drogen und Drogensucht:
Jahresbericht 2007: Stand der Drogenproblematik in Europa
Luxemburg, EBDD (2007)

Evans, R. I.; Rozelle, R. M.; Mittelmark, M.; Hansen, W. B.; Bane, A. L.; Havis, J.:
Deterring the onset of smoking in children: Knowledge of immediate psychological effects and coping with peer pressure, media pressure, and parents modelling
Journal of Applied Social Psychology 8 (2) (1978), 126-135

Fergusson, D.; Horwood, J.:
Prospective Childhood Predictors of Deviant Peer Affiliations in Adolescence
The Journal of Child Psychology and Psychiatry 40 (4) (1999), 581-592

Fisher, S.; Buchholz, K.; Reich, W.; Fox, L.; Kuperman, S.; Kramer, J.:
Teenagers are right – parents do not know much: An analysis of adolescent-parent agreement on reports of adolescent substance use, abuse and dependence
Alcoholism: Clinical and Experimental Research 30 (10) (2006), 1699-1710

Gfroerer, J. C.; Wu, L.-T.; Penne, M. A.:
Initiation of Marijuana Use: Trends, Patterns and Implications
Bethesda, MD, SAMSHA (2002)

Godfrey, C.:
Can tax be used to minimize harm? A health economist's perspective
In: Plant M., Single E., Stockwell T.:
Alcohol: Minimizing the Harm. What Works?
New York, Free Association Books Ltd. (1997), 29-42

Gruber, E.; DiClemente, R. J.; Anderson, M. M.; Lodico, M.:
Early drinking onset and its association with alcohol use and problem behaviour in late adolescence
Preventive Medicine 25 (1996), 293-300

Hanewinkel, R.; Isensee, B.:
Evaluation der Tabaksteuererhöhung von 1. Dezember 2004. Erste Ergebnisse der bevölkerungsrepräsentativen Befragungen vor und nach der Tabaksteuererhöhung
Kiel, IFT-Nord (2005)

Hansen, W. B.; Graham, J. W.; Sobel, J. L.; Shelton, D. R.; Flay, B. R.; Johnson, C. A.:
The consistency of peer and parent influences on tobacco, alcohol, and marijuana use among young adolescents
Journal of Behavioural Medicine 10 (1987), 559-579

Hansen WB.; O'Malley PM.:
Drug use
In: DiClemente RJ.; Hanson WB.; Ponton LE.:
Handbook of adolescent health-risk behaviour
New York, Plenum Press (1996), 161-192

Hawks, D.; Scott, K.; McBride, N. et al.:
Prevention of psychoactive substance use:
A selected review of what works in the area of prevention
Genf, WHO (2002)

Hibbel, B.; Andersson, B.; Bjarnason, T.; Ahlström, S.; Balakireva, O.; Kokkevi, A.; Morgan, M.:
The ESPAD Report 2003:
Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries
Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group) at the Council of Europe (2004)

Hopkins, D. P.; Briss, P. A.; Picard, C. J.; Husten, C. G.; Carande-Kulis, V.; Fielding, J. E.; Alao, M. O.; McKenna, J. W.; Sharp, D. J.; Harris, J. R.; Woollery, T. A.; Harris, K. W. and The Task Force on Community Preventive Services:
Reviews of Evidence Regarding Interventions to Reduce Tobacco Use and Exposure to Environmental Tobacco Smoke
American Journal of Preventive Medicine 20 (2S) (2001), 16-66

Janson, H.:

Longitudinale Patterns of tobacco smoking from childhood to middle age
Addictive Behaviours 24 (1999), 239-249

Johann, M.; Bobbe, G.; Putzhammer, A.; Wodarz, N.:

Comorbidity of alcohol dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder: differences in phenotype with increased severity of the substance disorder, but not in genotype (serotonin transporter and 5-hydroxytryptamine-2c receptor)

Alcoholism: Clinical and Experimental Research 27 (10) (2004) 1527-1534

John U.; Hanke, M.:

Tabak- oder alkohol-attributable stationäre Behandlungen

Deutsche Medizinische Wochenschrift 128 (2003), 1387-1390

Johnston, L. D.; O'Malley, P. M.; Bachman, J. G.; Schulenberg, J. E.:

Monitoring the Future. National Results on Adolescent Drug Use:

Overview of Key Findings, 2006

Bethesda, MD, National Institute on Drug Abuse (2007)

Kandel, D. B.:

Stages and pathways of drug involvement:

Examining the gateway hypothesis

Cambridge, England, Cambridge University Press (2002)

Kandel, D. B.:

Stages in adolescent involvement in drug use

Science 190 (1975), 912-914

Kandel, D. B.; Yamaguchi, K.; Chen, K.:

Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood:

Further evidence for the gateway theory

Journal of Studies on Alcohol 53 (1992), 447-457

König, S.; Johann, M.; Penth, M.; Kuchlmaier, K.; Kliegel, P.; Lange, K.; Wodarz, N.:

Entwicklung des Konsums von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen bei 14- bis 16-Jährigen
2002 und 2006

Nervenheilkunde 2008 27 Suppl 1: 24-25

Kollins, SH.; Mc Clernon, FJ.; Fuemmeler, BF.:

Association between smoking and attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in a
population-based sample of young adults

Archives of General Psychiatry 62 (10) (2005), 1142-1147

Komro KA.; Toomey TL.:

Strategies to Prevent Underage Drinking

Alcohol Research and Health 26 (1) (2002), 5-14

- Kraus, B.:
Gebrauch psychotroper Substanzen durch Jugendliche in Stadt und Landkreis Regensburg
Dissertation
Medizinische Fakultät der Universität Regensburg
Regensburg, 2004
- Kraus, B.; Wodarz, N.; Kuchlmaier, K.; Kliegel, P.; Binder, H.; Johann, M.:
Konsum psychoaktiver Substanzen durch Jugendliche - Eine Repräsentativerhebung bei Schülern der 9. Klassen
Psychiatrische Praxis 31: S99-S101 (2004)
- Kraus, L.:
Epidemiologischer Suchtsurvey 2006: Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland
Sucht 54 (S1) (2008), 1-63
- Kraus, L.; Augustin, R.:
Measuring alcohol consumption and alcohol-related problems:
Comparison of responses from self-administered questionnaires and telephone interviews
Addiction 96 (2001), 459-471
- Kraus, L.; Augustin, R.; Müller-Kalthoff, T.:
Daten zum Suchtmittelmissbrauch
Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Rheinland-Pfalz 2000
Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz
Mainz, 2001
- Lachnit, G.; Kampe, H.:
Konsumorientierung und Suchtgefährdung
Sucht 42 (1) (1996), 6-19
- Lopez, H.; Hoffmeister, H.:
Schüler und die Droge Nikotin
In: Kollehn K. H.: Der Drogen gefährdete Schüler:
Perspektiven einer schülerorientierten Drogen- und Suchtprävention
Düsseldorf, 1991
- Lynskey, M. T.; Heath, A. C.; Buchholz, K. K.; Slutske, W. S.; Madden, P. A.; Nelson, E. C.; Stratham, D. J.; Martin, N. G.:
Escalation of Drug use in early-onset cannabis users vs. co-twin controls
The Journal of the American Medical Association 289 (4) (2003), 427-433
- Marshall, M.P.; Molina, B.S.; Pelham, W.R. jun.:
Childhood ADHD and adolescent substance use:
An examination of deviant peer group affiliation as a risk factor
Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology 35 (2) (2006), 216-226
- McKeganey, N.; Alasdair, F.; Barnard, M.; Hay, G.:
Designer Drinks and Drunkenness amongst a sample of Scottish Schoolchildren
British Medical Journal 131 (1996), 401-404

Murray CJL.; Lopez AD.:

The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020
Cambridge, MA, Harvard School of Public Health (1996)

Neubauer, S.; Welte, R.; Beiche, A. et al.:

Mortality, morbidity and costs attributable to smoking in Germany:
Update and a 10-year comparison
Tobacco Control 15 (2006), 464-471

Niemelä, S.; Sourander, A.; Poikolainen, K.; Helenius, H.; Sillanmäki, L.; Parkkola, K. et al.:
Childhood predictors of drunkenness in late adolescence among males:

A 10-year population-based follow-up study
Addiction 101 (4) (2006) 512-521

Nitschke, J.:

Gebrauch psychotroper Substanzen durch Jugendliche in Regensburg
Dissertation
Medizinische Fakultät der Universität Regensburg
Regensburg, 2000

Obot, I.; Wagner, F.; Anthony, J.:

Early onset and recent drug use among children of parents with alcohol problems:
Data from a national epidemiologic survey
Drug and Alcohol Dependence 65 (2001), 1-8

Pallonen UE. et al.:

Stages of acquisition and cessation for adolescent smoking: An empirical integration
Addictive Behaviors 23 (3) (1998), 303-324

Perkins HW.:

Social norms and the prevention of alcohol misuse in collegiate contexts
Journal of Studies on Alcohol 14 (Suppl.) (2002), 164-172

Potter, AS.; Newhouse, PA.:

Effects of acute nicotine administration on behavioral inhibition on adolescents with
attention-deficit/ hyperactivity disorder
Psychopharmacology 176 (2004), 182-194

Rasmussen, P.; Gilberg, C.:

Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years:
A controlled, longitudinal, community-based study
Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 39 (11) (2000), 1424-1431

Repetti, R. L.; Taylor, S. E.; Seeman, T. E.:

Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring
Psychological Bulletin 128 (2002), 330-366

- Riggs, PD.; Mikulich, SK.; Whitmore, EA.; Crowley, TJ.:
Relationship of ADHD, depression, and on-tobacco substance use disorders to nicotine dependence in substance-dependent delinquents
Drug and Alcohol Dependence 54 (1999), 195-205
- Shibata, A.; Matsuo, M.; Fukuda, K.:
Validity of the responses of self-administered questionnaires as compared with the responses to interviews using a structured questionnaire
The Kurume Medical Journal 49 (3) (2002), 109-117
- Spencer, TJ.; Biederman, J.; Mick, E.:
Attention-deficit/hyperactivity disorder: Diagnosis, lifespan, comorbidities and neurobiology
Ambulatory Pediatrics 7 (1) (2007), 73-81
- Sudman, S.; Bradburn, N.:
Response effects in surveys: A Review and Synthesis
Chicago, Aldine, 1974
Zit. nach: Johnson, T.; Mott, J.:
The reliability of self-reported age of onset of alcohol, tobacco and illicit drug use
Addiction 96 (2001), 1187-1198
- Sullivan, MA.; Rudnik-Levin, F.:
Attention deficit/hyperactivity disorder and substance abuse:
Diagnostic and therapeutic considerations
Annals of the New York Academy of Sciences 931 (2001), 251-270
- Sussman, S.; Lichtman, K.; Ritt, A.; Pallonen, U.:
Effects of thirty-four adolescent tobacco use cessation and prevention trials on regular users of tobacco product
Substance Use & Misuse 34 (11) (1999), 1469-1503
- Sutherland, I.; Willner, P.:
Patterns of Alcohol, Cigarette and Illicit Drug Use in English Adolescents
Addiction 93 (8) (1998), 1199-1209
- Upadhyaya, H.; Rose, K.; Wang, W.; O'Rourke, K.; Sullivan, B.; Deas, D.:
Attention-deficit/ hyperactivity disorder, medication treatment, and substance use patterns among adolescents and young adults
Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology 15 (5) (2005) 799-809
- US Department of Health and Human Services:
Preventing tobacco use among young people: A report of the Surgeon General
Atlanta, GA, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health (1994)
- Verein Programm Klasse2000 e. V.:
Klasse2000
URL: <http://klasse2000.de> [14.02.2008]

Verduykt P.:

Summary of the literature on young people, gender and smoking

In: Lambert M. et al.: Gender differences in smoking in young people

Brussels, Flemish Institute for Health Promotion (2002), 15–32

Wechsler H. et al.:

Health and behavioural consequences of binge drinking in college:

A national survey of students at 140 campuses

The Journal of the American Medical Association 272 (1994), 1671-1677

Wiencke, J.; Thurston, S.; Kelsey, K.; Varkonyi, A.; Wain, J.; Mark, E.; Christiani, D.:

Early age at smoking initiation and tobacco carcinogen DNA damage in the lung

Journal of the National Cancer Institute 7 (1999), 614-619

Wilens, TE.:

Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use disorders:

The nature of the relationship, subtypes at risk and treatment issues

Psychiatric clinics of North America 27 (2) (2004), 283-301

Wodarz, N.; Kraus, B.; Kuchlmaier, K.; Kliegel, P.; Binder, H.; Johann, M.:

Smoking in 9th graders is associated with higher alcohol and cannabis intake – results from a representative questionnaire survey, Psychiatr Prax 34: 73 - 74 (2007)

Wodarz, N.; Kuchlmaier, K.; Kliegel, P.; Pentz, M.; König, S.; Johann, M.:

Binge drinking bei 14- bis 16-Jährigen - Ausmaß und Risikofaktoren

Nervenheilkunde 2008 27 Suppl 1: 32-33

World Health Organisation Regional Office for Europe:

HEALTH21: The health for all policy framework for the WHO European Region

Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (1999)

World Health Organisation Regional Office for Europe:

Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study:

International report from the 2001/2002 survey

Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (2004)

Yamaguchi, K.; Kandel, D. B.:

Patterns of drug use from adolescence to young adulthood:

II. Sequences of progression

American Journal of Public Health 74 (1984), 668-672

7 Anhang

7.1 Erhebungsbogen

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Alter: _____ Jahre

1. Aus welchen Quellen stammt Dein Wissen über Suchtmittel?

(Bitte alles Zutreffende ankreuzen).

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eltern | <input type="checkbox"/> Zeitungen/Zeitschriften/Bücher |
| <input type="checkbox"/> Geschwister | <input type="checkbox"/> Schulunterricht |
| <input type="checkbox"/> Mitschüler/innen | <input type="checkbox"/> Freund/in |
| <input type="checkbox"/> Clique | <input type="checkbox"/> andere Personen |
| <input type="checkbox"/> Fernsehen/Radio | <input type="checkbox"/> eigene Erfahrung |
| <input type="checkbox"/> Internet | |

2. Wie hoch schätzt Du Deinen Informationsstand über Suchtmittel ein?

Sehr hoch ☐ ziemlich hoch ☐ eher gering ☐ gleich Null ☐

3. Wie hoch schätzt Du Deinen Informationsstand ein, welche Personen oder Institutionen Dir bei Problemen mit Rauschmitteln helfen könnten?

Sehr hoch ☐ ziemlich hoch ☐ eher gering ☐ gleich Null ☐

4. Wie stark achtest Du mit Deiner Lebensweise auf Deine Gesundheit?

Sehr stark ☐ stark ☐ mittelmäßig ☐ wenig ☐

5. Wie versuchst Du mit Deinen Problemen umzugehen?

- ☐ Ich rede mit anderen darüber.
- ☐ Ich versuche, nicht daran zu denken.
- ☐ Ich schlucke sie runter.
- ☐ Ich lenke mich ab. (Sport, Spaziergänge etc.)
- ☐ Ich versuche erst einmal, in Ruhe darüber nachzudenken.
- ☐ Ich mache mir Luft. (Türen zuschlagen etc.)
- ☐ Ich betrinke mich.
- ☐ Ich mache mich sonst irgendwie zu.
- ☐ Ich weiß nie, was ich machen soll.

6. Wie viele Stunden (Freizeit) pro Woche verbringst Du durchschnittlich mit

	weniger 7h	7 – 13h	14 – 20h	21 – 27h	28h & mehr
Sport treiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportveranstaltungen besuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kino, Theater, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonieren/SMS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computer (spielen, hacken, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musik hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musik machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Freund/in zusammen sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Freunden zusammen sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In sozialen oder politischen Gruppen mitarbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einfach rumhängen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Kneipen gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hobbys (Lesen, Spielen, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Für Raucher: Warum rauchst Du?

(Bitte alles Zutreffende ankreuzen!)

- ☐ Weil ich gerne rauche.
- ☐ Weil es mir schmeckt.
- ☐ Weil es mich beruhigt.
- ☐ Weil ich auch gerne rauche, wenn andere rauchen.
- ☐ Weil man in Gesellschaft raucht.
- ☐ Weil ich in Gesellschaft ohne Zigaretten oft nicht weiß, wohin mit meinen Händen.
- ☐ Weil es die Laune hebt.
- ☐ Weil es mir ein Gefühl von Freiheit oder Coolsein gibt.
- ☐ Weil es hilft, das Gewicht zu kontrollieren.

8. Für Raucher: Was denken Deine Freunde über das Rauchen?

- ☐ Die meisten meiner Freunde würden es befürworten, wenn ich jetzt aufhören würde, zu rauchen.
- ☐ Die meisten meiner Freunde würden es bedauern, wenn ich jetzt aufhören würde, zu rauchen.
- ☐ Meinen Freunden ist es egal, ob ich rauche oder nicht.

9. Für Raucher: Es mag sein, daß Rauchen die Gesundheit gefährdet,.....(Bitte **alles Zutreffende** ankreuzen!)

- ☐ ...aber ich nehme das Risiko auf mich.
- ☐ ...aber ich kann mit dem Rauchen nicht aufhören.
- ☐ ...aber das ist mir egal.
- ☐ ...und das beunruhigt mich sehr.
- ☐ ...aber ich bin gesund genug, um das aushalten zu können.
- ☐ ...aber ich rauche sowieso nur wenig.
- ☐ ...aber ich rauche nur leichte Zigaretten.
- ☐ ...aber ich höre sowieso bald mit dem Rauchen auf.

10. Für Nichtraucher: Warum rauchst Du nicht?

(Bitte alles Zutreffende ankreuzen!)

- ☐ Weil Rauchen ungesund ist.
- ☐ Weil es mir nicht schmeckt.
- ☐ Weil es teuer ist.
- ☐ Weil es die körperliche Leistungsfähigkeit verringert.
- ☐ Weil man dabei immer so stinkt.
- ☐ Weil es im Sinne des Umweltschutzes ist, nicht zu rauchen.
- ☐ Weil mir dann immer die Augen brennen/tränen.
- ☐ Weil es die meisten meiner Freunde bedauern würden, wenn ich jetzt anfangen würde, zu rauchen

11. Wie viele Deiner Freunde und Bekannten konsumieren regelmäßig (d.h. mindestens einmal die Woche oder öfter) folgende Stoffe?

	Keiner	einige	viele	fast alle
Zigaretten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholische Mischgetränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnaps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haschisch od. Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnüffelstoffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anabolika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittel zum Abnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere vom Arzt nicht verordnete Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Hast Du jemals Druck von Deinen Freunden oder Bekannten verspürt, folgende Stoffe zu konsumieren?

	öfter	selten	nie
Zigaretten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholische Mischgetränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnaps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haschisch od. Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnüffelfstoffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anabolika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittel zum Abnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere vom Arzt nicht verordnete Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Was würdest Du machen, wenn man Dir folgende Stoffe anbieten würde illegale Drogen (Haschisch, Marihuana, LSD, Kokain, Heroin, Ecstasy, Speed) anbieten würde?

	ablehnen	probieren	weiß nicht
Haschisch od. Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Was sind für Dich Gründe keine illegalen Drogen zu nehmen?
(Bitte alles Zutreffende ankreuzen!)

- ☐ Kein Interesse, Drogen zu nehmen.
- ☐ Daß man davon abhängig wird.
- ☐ Daß man mit dem Gesetz in Konflikt kommt.
- ☐ Daß gesundheitliche Schäden auftreten.
- ☐ Daß es die Eltern oder Lehrer merken.
- ☐ Daß sie so teuer sind.
- ☐ Weil ich Angst vor dem Rausch habe.
- ☐ Daß Drogenkonsumenten in der Öffentlichkeit ein schlechtes Ansehen haben.
- ☐ Eigentlich schreckt mich nichts ab.

15. Was könnten Gründe für Dich sein, illegale Drogen zu nehmen?

(Bitte **alles Zutreffende** ankreuzen!)

- ☐ Einfach einmal ausprobieren.
- ☐ Um meine Stimmung zu heben.
- ☐ Um mich besser entspannen zu können.
- ☐ Um mehr leisten zu können.
- ☐ Um neue Ideen zu bekommen.
- ☐ Um Probleme leichter vergessen zu können.
- ☐ Weil sich damit Glücksgefühle einstellen könnten.
- ☐ Weil es Spaß macht gemeinsam mit anderen ein Rauscherlebnis zu haben.
- ☐ Um besser mitreden zu können.
- ☐ Aus Langeweile.
- ☐ Aus Neugier.
- ☐ Aus Protest gegen diese spießige Gesellschaft.
- ☐ Um das Bewußtsein zu erweitern.
- ☐ Um damit eigene Hemmungen zu überwinden.
- ☐ Um leichter Kontakt zu anderen zu bekommen.
- ☐ Ich werde nie Drogen nehmen.

16. Konsumiert mindestens ein Elternteil von Dir folgende Mittel?

	Regelmäßig (mind. 1 mal pro Woche)	gelegentlich	nie
Zigaretten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholische Mischgetränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnaps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haschisch od. Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufputschmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnüffelfstoffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anabolika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittel zum Abnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere vom Arzt nicht verordnete Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Welche Orte kennst Du, an denen Du illegale Drogen kaufen könntest?

- ☐ Disco ☐ Lokale ☐ Wohnung v. Bekannten ☐ Schule ☐ Parks ☐ Bahnhof ☐ keine

18. Wie leicht oder schwer könntest Du innerhalb der nächsten 24 Stunden folgende illegale Drogen beschaffen?

	leicht	schwierig	gar nicht
Haschisch od. Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Bitte überprüfe die u.g. Aussagen, ob sie irgendwann in Deinem Leben für einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten bestanden oder noch bestehen?

Bitte beurteile jede Aussage zunächst aus Deiner Sicht und im zweiten Teil der Frage jeweils aus der Sicht Deiner Eltern, Lehrer, Geschwister, Freunde etc.

Ich beachte häufig Einzelheiten nicht oder mache Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten oder bei anderen Tätigkeiten.

- ☐ Trifft zu
☐ Trifft nicht zu

Was würden Deine Eltern, Lehrer, Geschwister, Freunde dazu sagen:

- ☐ Das würde mindestens eine Person in meinem Umfeld mit „zutreffend“ ankreuzen
☐ Trifft nicht zu

Ich habe oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten.

- ☐ Trifft zu
☐ Trifft nicht zu

Was würden Deine Eltern, Lehrer, Geschwister, Freunde dazu sagen:

- ☐ Das würde mindestens eine Person in meinem Umfeld mit „zutreffend“ ankreuzen
☐ Trifft nicht zu

Ich höre oft nicht zu, wenn andere mich ansprechen (bin z. B. mit meinen Gedanken woanders).

- ☐ Trifft zu
☐ Trifft nicht zu

Was würden Deine Eltern, Lehrer, Geschwister, Freunde dazu sagen:

- ☐ Das würde mindestens eine Person in meinem Umfeld mit „zutreffend“ ankreuzen
☐ Trifft nicht zu

Ich führe häufig Anweisungen (von Eltern, Lehrer, etc.) nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten nicht zu Ende bringen.

- ☐ Trifft zu
☐ Trifft nicht zu

Was würden Deine Eltern, Lehrer, Geschwister, Freunde dazu sagen:

- ☐ Das würde mindestens eine Person in meinem Umfeld mit „zutreffend“ ankreuzen
☐ Trifft nicht zu

Ich habe häufig Schwierigkeiten, Aktivitäten und Dinge, die zu erledigen sind, zu planen und zu organisieren.

- ☐ Trifft zu
☐ Trifft nicht zu

Was würden Deine Eltern, Lehrer, Geschwister, Freunde dazu sagen:

- ☐ Das würde mindestens eine Person in meinem Umfeld mit „zutreffend“ ankreuzen
☐ Trifft nicht zu

Aufgaben, die länger dauern und anstrengend sind (z.B. Hausaufgaben) mache ich häufig nur widerwillig oder gar nicht.

- ☐ Trifft zu
☐ Trifft nicht zu

Was würden Deine Eltern, Lehrer, Geschwister, Freunde dazu sagen:

- ☐ Das würde mindestens eine Person in meinem Umfeld mit „zutreffend“ ankreuzen
☐ Trifft nicht zu

Ich verliere häufig Gegenstände (oder mache sie unabsichtlich kaputt), die ich brauche (z.B. Schlüssel, Handy, Stifte, Zirkel, Hausaufgabenheft, Bücher, Spielsachen, etc.)

- ☐ Trifft zu
☐ Trifft nicht zu

Was würden Deine Eltern, Lehrer, Geschwister, Freunde dazu sagen:

- ☐ Das würde mindestens eine Person in meinem Umfeld mit „zutreffend“ ankreuzen
☐ Trifft nicht zu

Ich lasse mich leicht ablenken.

- ☐ Trifft zu
☐ Trifft nicht zu

Was würden Deine Eltern, Lehrer, Geschwister, Freunde dazu sagen:

- ☐ Das würde mindestens eine Person in meinem Umfeld mit „zutreffend“ ankreuzen
☐ Trifft nicht zu

Ich bin bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich.

- ☐ Trifft zu
☐ Trifft nicht zu

Was würden Deine Eltern, Lehrer, Geschwister, Freunde dazu sagen:

- ☐ Das würde mindestens eine Person in meinem Umfeld mit „zutreffend“ ankreuzen
☐ Trifft nicht zu

Ich zappele häufig mit Händen oder Füßen oder rutsche auf dem Stuhl herum.

- ☐ Trifft zu
☐ Trifft nicht zu

Was würden Deine Eltern, Lehrer, Geschwister, Freunde dazu sagen:

- ☐ Das würde mindestens eine Person in meinem Umfeld mit „zutreffend“ ankreuzen
☐ Trifft nicht zu

Ich stehe (oder stand) in der Klasse oder in Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird, häufig auf.

- ☐ Trifft zu
☐ Trifft nicht zu

Was würden Deine Eltern, Lehrer, Geschwister, Freunde dazu sagen:

- ☐ Das würde mindestens eine Person in meinem Umfeld mit „zutreffend“ ankreuzen
☐ Trifft nicht zu

Ich fühle mich oft innerlich unruhig und getrieben.

- ☐ Trifft zu
- ☐ Trifft nicht zu

Was würden Deine Eltern, Lehrer, Geschwister, Freunde dazu sagen:

- ☐ Das würde mindestens eine Person in meinem Umfeld mit „zutreffend“ ankreuzen
- ☐ Trifft nicht zu

Ich habe häufig Schwierigkeiten, mich ruhig mit einer Sache zu beschäftigen, vor allem dann, wenn es von mir erwartet/gewünscht wird.

- ☐ ☐ Trifft zu
- ☐ Trifft nicht zu

Was würden Deine Eltern, Lehrer, Geschwister, Freunde dazu sagen:

- ☐ Das würde mindestens eine Person in meinem Umfeld mit „zutreffend“ ankreuzen
- ☐ Trifft nicht zu

Ich bin „häufig auf Achse“.

- ☐ Trifft zu
- ☐ Trifft nicht zu

Was würden Deine Eltern, Lehrer, Geschwister, Freunde dazu sagen:

- ☐ Das würde mindestens eine Person in meinem Umfeld mit „zutreffend“ ankreuzen
- ☐ Trifft nicht zu

Ich rede häufig übermäßig viel (oder mache „Lärm“).

- ☐ Trifft zu
- ☐ Trifft nicht zu

Was würden Deine Eltern, Lehrer, Geschwister, Freunde dazu sagen:

- ☐ Das würde mindestens eine Person in meinem Umfeld mit „zutreffend“ ankreuzen
- ☐ Trifft nicht zu

Ich „platze“ häufig schon mit der Antwort heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist.

- ☐ Trifft zu
- ☐ Trifft nicht zu

Was würden Deine Eltern, Lehrer, Geschwister, Freunde dazu sagen:

- ☐ Das würde mindestens eine Person in meinem Umfeld mit „zutreffend“ ankreuzen
- ☐ Trifft nicht zu

Ich kann nur schwer warten, bis ich an der Reihe bin.

- ☐ Trifft zu
- ☐ Trifft nicht zu

Was würden Deine Eltern, Lehrer, Geschwister, Freunde dazu sagen:

- ☐ Das würde mindestens eine Person in meinem Umfeld mit „zutreffend“ ankreuzen
- ☐ Trifft nicht zu

Ich unterbreche andere häufig und mische mich ein (z.B. ins Gespräch oder in Spiele, Aktivitäten anderer).

- ☐ Trifft zu
- ☐ Trifft nicht zu

Was würden Deine Eltern, Lehrer, Geschwister, Freunde dazu sagen:

- ☐ Das würde mindestens eine Person in meinem Umfeld mit „zutreffend“ ankreuzen
- ☐ Trifft nicht zu

**BITTE BEI DER BEANTWORTUNG DER FOLGENDEN FRAGEN AUF DEN
UNTERSTRICHENEN ZEITRAUM ACHTEN!**

**20. Hast Du jemals in Deinem Leben einen der unten aufgeführten Stoffe zu Dir genommen?
Wenn ja, wie alt warst Du beim ersten Mal?**

	Öfter	nur 1mal probiert	Nein	Alter
Zigaretten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wein oder Bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alkoholische Mischgetränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schnaps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haschisch od. Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Speed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schnüffelfstoffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anabolika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mittel zum Abnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andere vom Arzt nicht verordnete Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

21. Hast Du in den letzten 12 Monaten einen der folgenden Stoffe konsumiert?

	nein	1-5 mal	öfter
Zigaretten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wein und Bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholische Mischgetränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnaps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haschisch od. Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnüffelfstoffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anabolika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittel z. Abnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere vom Arzt nicht verordnete Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**BITTE BEI DER BEANTWORTUNG DER FOLGENDEN FRAGEN AUF DEN
UNTERSTRICHENEN ZEITRAUM ACHTEN!**

22. Wie häufig hast Du im letzten Monat an einem Abend fünf oder mehr Gläser der folgenden Stoffe konsumiert? (zutreffende Zahl bitte ankreuzen)

Wein	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	mal
Bier	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	mal
Schnaps	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	mal
Alkohol. Mischgetränke	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	mal

23. Wie häufig hattest du bisher in Deinem Leben einen Alkoholrausch?

Öfter als 10 mal ☐ 6 bis 10 mal ☐ 1 bis 5 mal ☐ noch nie ☐

24. Wie häufig hast Du im letzten Monat einen der folgenden Stoffe konsumiert?

	Täglich	mehrmals die Woche	1-5 mal pro Monat	nur an den Wochenenden	nie
Zigaretten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wein und Bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol. Mischgetränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnaps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haschisch od. Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnüffelfstoffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anabolika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittel z. Abnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere vom Arzt nicht verordnete Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**BITTE BEI DER BEANTWORTUNG DER FOLGENDEN FRAGEN AUF DEN
UNTERSTRICHENEN ZEITRAUM ACHTEN!**

**25. Welche Menge der folgenden Stoffe hast Du am vergangenen Wochenende konsumiert?
 (zutreffende Menge bitte ankreuzen)**

Zigaretten	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 12 15 20 30 40 50 60 80	Stück
Wein	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 12 15 20	Schoppen
Bier	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 12 15 20	Halbe
Alkohol. Mischgetränke	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 12 15 20	Gläser
Schnaps	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 12 15 20	Stamperl
Haschisch od. Marihuana	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 12	Joints
Speed	1 2 3 4 5	Stück
Ecstasy	1 2 3 4 5	Stück
LSD	1 2 3 4 5	Stück

**26. Welche Menge der folgenden Stoffe hast Du innerhalb der letzten Woche (ohne
 Wochenende!) konsumiert? (zutreffendes bitte ankreuzen)**

Zigaretten	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 12 15 20 30 40 50 60 80	Stück
Wein	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 12 15 20	Schoppen
Bier	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 12 15 20	Halbe
Alkohol. Mischgetränke	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 12 15 20	Gläser
Schnaps	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 12 15 20	Stamperl
Haschisch od. Marihuana	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 12	Joints
Speed	1 2 3 4 5	Stück
Ecstasy	1 2 3 4 5	Stück
LSD	1 2 3 4 5	Stück

**27. Hast Du ein- oder mehrmals bei folgenden Substanzen in den letzten 12 Monaten....
 (bitte alles Zutreffende ankreuzen!)**

	Nikotin	Alkohol	Haschisch	Ecstasy
1. mehr davon genommen, um dieselbe Wirkung zu erzielen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. eine deutlich verminderte Wirkung bemerkt, wenn du die Substanzen weiterhin genommen hast?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dich körperlich schlecht gefühlt, wenn Du aufgehört hast, diese Substanzen zu nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. diese Substanzen am anderen Tag noch einmal genommen, um Dich körperlich wieder besser zu fühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Fortsetzung: Hast Du ein- oder mehrmals bei folgenden Substanzen in den letzten 12 Monaten.... (bitte alles Zutreffende ankreuzen!)

	Nikotin	Alkohol	Haschisch	Ecstasy
5. häufig in größeren Mengen, oder länger als beabsichtigt eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. erfolglose Versuche hinter Dir, damit aufzuhören, oder den Konsum zu reduzieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. viel Zeit aufgewendet, diese Substanzen zu beschaffen oder zu Dir zu nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. wegen des Konsums die Schule geschwänzt oder Dich in der Schule verschlechtert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. wegen des Konsums Deine Freizeitaktivitäten reduziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. weiterhin konsumiert, obwohl Du körperliche oder seelische Probleme dadurch bekommen hast?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. trotzdem konsumiert, auch wenn du Probleme in Deinem sozialen Umfeld, z.B. mit der Familie, Partner/in, Freunden, in der Schule bekommen hast?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. trotzdem konsumiert, auch wenn du dadurch Probleme mit dem Gesetz bekommen hast?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. trotzdem konsumiert, auch wenn du dadurch in eine gefährliche Situation gekommen bist, z.B. Straßenverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**BITTE BEI DER BEANTWORTUNG DER FOLGENDEN FRAGEN AUF DEN
UNTERSTRICHENEN ZEITRAUM ACHTEN!**

28. Wie schätzt Du die körperlichen und seelischen Gefahren ein, wenn man die folgenden Substanzen ein- oder zweimal probiert?

		Gefahr		
	groß	gering	keine	weiß nicht
Zigaretten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol. Mischgetränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnaps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haschisch od. Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnüffelfstoffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anabolika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittel zum Abnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere vom Arzt nicht verordnete Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Wie schätzt Du die körperlichen und seelischen Gefahren ein, wenn man die folgenden Substanzen mehrmals in der Woche nimmt?

		Gefahr		
	groß	gering	keine	weiß nicht
Zigaretten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol. Mischgetränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnaps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haschisch od. Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnüffelfstoffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anabolika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittel zum Abnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere vom Arzt nicht verordnete Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lebenslauf

Name: Penth
Vorname(n): Michael Alexander
Geburtsdatum/-ort: 17.11.1976, Wolfratshausen
Anschrift: Messeallee 24, 45131 Essen
Familienstand: verheiratet

Ausbildung:

1983 - 1987 Grundschole am Sallerner Berg, Regensburg
1987 - 1996 Werner-von-Siemens-Gymnasium, Regensburg
Abschluss: Allgemeine Hochschulreife
1996 - 2004 Studium der Humanmedizin,
Universität Regensburg

„Praktisches Jahr“:
Erstes Tertial im Fachbereich Chirurgie
Dept. für Herzchirurgie und Dept. für Unfallchirurgie,
Universitätsspital Zürich, Schweiz
Abteilungen für Allgemeinohirurgie und Handchirurgie,
Universitätsklinikum Regensburg
Zweites Tertial im Fachbereich Innere Medizin
Abteilungen für Innere Medizin I und II,
Universitätsklinikum Regensburg
Drittes Tertial im Fachbereich Orthopädie
Klinik für Orthopädie im Bayerischen Rheuma
und Orthopädie-Zentrum des BRK in Bad Abbach,
Universitätsklinikum Regensburg

Ärztliche Tätigkeit:

10/2004 – 12/2006 Assistenzarzt im Fachbereich Neurologie
Fachklinik für neurologische Rehabilitation,
Bezirksklinikum Regensburg
1/2007 – 12/2007 Assistenzarzt im Fachbereich Neurologie
St. Josefs Krankenhaus Essen-Kupferdreh
Seit 4/2008 Assistenzarzt im Fachbereich Kinder- und
Jugendpsychiatrie
St. Josefs Hospital Bochum-Linden

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich all jenen, die mich während des Entstehungsprozesses meiner Dissertation begleitet und gefördert haben, meinen herzlichen Dank aussprechen.

Herrn Prof. Dr. med. H. E. Klein, dem Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Regensburg am Bezirksklinikum danke ich für die Überlassung des Themas und die Unterstützung bei der Durchführung der Arbeit.

Der Arbeitsgruppe B (Suchtprävention) des Suchtarbeitskreises Regensburg, Frau Kliegel und Herrn Kuchlmaier danke ich für ihr großes Engagement bei der Organisation der Befragung.

Bei den Schülern und Lehrern der 9. Klassen bedanke ich mich für ihre Teilnahme an der Untersuchung.

Meinen Eltern und meinem Bruder gilt mein tiefer Dank für ihre ausdauernde und vielseitige Unterstützung, die mir diese Arbeit erst ermöglicht hat.

Meiner Frau Carola danke ich für ihren unermüdlichen Zuspruch und das tagtägliche Mittragen meines Projektes.

Frau Dr. med. Monika Johann danke ich sehr herzlich für ihre wertvollen fachlichen Hinweise und die Motivation, die sie mir mit fruchtbaren Anregungen und positiver Kritik vermittelt hat. Ihre zahlreichen ermutigenden Worte haben mir immer wieder Kraft gegeben.

Mein besonderer Dank gilt Herrn PD Dr. med. Norbert Wodarz, der mich bei der Umsetzung der vorliegenden Arbeit stets konstruktiv und sehr engagiert unterstützt hat.

Schließlich möchte ich mich bei allen nicht namentlich genannten Freunden und Verwandten bedanken, ohne deren wohlwollende Ermunterung und Unterstützung diese Arbeit nicht zustande gekommen wäre.